

一時入院(レスパイト)申込書(地域包括ケア病棟)

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日(歳)
住所		電話番号	
本人以外の 連絡先	①氏名	続柄	TEL
	②氏名	続柄	TEL
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位・処置:) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 リットル <input type="checkbox"/> その他() 医療器具の種類など:		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(内容:) 食事の内容(朝: 昼: 夕:) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル(Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> その他()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車椅子乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> ()時間毎に体の向きを変えている <input type="checkbox"/> その他()		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA 有・無(部位:) <input type="checkbox"/> その他()		
部屋	<input type="checkbox"/> 入院部屋は大部屋である事に同意している ※必ずチェックをいれてください		
医療保険情報 (保険種別・番号)			
要介護認定 ・障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害区分() <input type="checkbox"/> その他()		
ケアマネジャー	事業所名: 担当ケアマネジャー	電話番号:	
訪問看護 ステーション	事業所名:	電話番号:	
申し込み者名			
本人のことで病院側に 知ってもらいたいこと ・本人の希望	万一の時の対応について話し合われている場合は共有内容も記載してください		
その他			

紹介元医療機関又は訪問看護ステーション、担当ケアマネジャー、ご家族がご記入ください。

ご入院までに上記内容に変更がありましたら、ご連絡(医療福祉サポートセンター地域連携室(0587-95-0015))

お願いいたします。

注)ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。