


地域包括ケア病棟 レスパイト入院申込書

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名			年	月	日 歳
住所					
電話番号					
家族氏名	(続柄)	連絡先			
希望理由	<input type="radio"/> 冠婚葬祭 <input type="radio"/> 介護休息 <input type="radio"/> その他 ()				
希望期間	年	月	日 (曜日)	~	年 月 日 (曜日)
主病名					
かかりつけ医	医療機関名		担当医名	医師	
ケアプラン 作成者	事業所名				
	担当者名		電話番号		
他医療機関での レスパイト利用	<input type="radio"/> 無	医療機関名			
	<input type="radio"/> 有	最終利用期間	年	月	日 ~ 年 月 日
		総利用日数	日		
部屋希望	<input type="radio"/> 多床室 <input type="radio"/> 個室(トイレのみ) <input type="radio"/> 個室(トイレ・シャワー付き)				
退院先	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 施設 (種別 施設名)				
医療行為	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> NIPPV <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ホルモン注射等 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
食 事	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助			嚥下障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
	食事内容				
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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()				
身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(自走・介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット使用 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有)				
	障害高齢者の生活自立度	<input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M			
	不穏状態	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()			
	認知症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()			
感染症	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()				
その他					
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり ()				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
認定・手帳等	要介護認定	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (認定区分) <input type="radio"/> 申請中			
	障害手帳	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (障害区分)			
	難病法等受給者証	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他 ()				

送信元

依頼日

年

月

日