

レスパイト入院申込書

記載日：令和 年 月 日

紹介元かかりつけ医： 連絡先：			
担当者： 連絡先			
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	
主病名		当院受診の 有無	無 ・ 有（ID ）
入院希望の理由			
入院希望期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
入院前診察 希望日	第一希望 令和 年 月 日 第二希望 令和 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（種別と施設名		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <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 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害ない <input type="checkbox"/> 食事の内容（ ） <input type="checkbox"/> とろみあり（水分のみ） <input type="checkbox"/> 食 事にとろみあり		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態（マットレスの種類 ） <input type="checkbox"/> 車椅子移乗可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 問題行動あり（ <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室（トイレなし） <input type="checkbox"/> 個室（トイレあり）		
そのほかケアの 注意点			
訪問看護 ステーション			
介護認定または 障害区分			
ケアプラン作成 事業所名 電話番号・担当者名			