

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: TEL: 担当者:			
ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
入院前診察 希望日	第一希望	令和 年 月 日	第二希望日 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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
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			