

地域包括ケア病床 レスパイト入院申込書

曾於医師会立病院 地域連携室 行 (FAX 099-482-4894)

お申込者				事業所					
フリガナ 患者氏名	男	生年月日	年	月	日				
	女	年齢	歳						
住所									
家族氏名	(続柄:)			連絡先					
かかりつけ医					主治医				
訪問看護					担当者				
居宅介護支援事業所	(介護度:)			担当者					
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問歯科	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護					
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハ	<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> ショートステイ					
	<input type="checkbox"/> 配食	<input type="checkbox"/> その他 ()							
希望理由	<input type="checkbox"/> 介護休息	<input type="checkbox"/> 冠婚葬祭	<input type="checkbox"/> その他 ()						
希望期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	
主病名									
既往症									
他医療機関での レスパイト利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医療機関名							
		最終利用	年	月	日	～	年	月	日
		総利用期間	日						

医療行為	<input type="checkbox"/> NPPV	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 痰吸引			
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 麻薬管理	<input type="checkbox"/> 点滴 ()			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ()					
	<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 ()					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ミキサー	
	トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	<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"/> 補助具 () <input type="checkbox"/> ストレッチャー					
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	危険行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				

※お薬手帳の写しを添付してください。