

レスパイト入院申込書

年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日(歳)
患者氏名			
住所	〒	連絡先	
		緊急連絡先	
かかりつけ 医療機関名		医師名	
		電話番号	
入院希望期間	年 月 日() ~ 年 月 日()		
主病名			
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他()		
医療行為	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 褥瘡または創傷の処置 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 免疫用製剤の使用 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素() <input type="checkbox"/> 気切管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他()		
身体状況等	移動	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド	
	移乗	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	清潔	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	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 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし	
	食事形態	<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 注入食	
	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"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば自分でできる <input type="checkbox"/> できない	
	療養上の指示	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じない	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
危険行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 3人・4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋(3,850円) <input type="checkbox"/> 個室(2,750円~4,950円) 表示金額は1日当たりの室料(税込)空き状況によりご希望に沿えない場合があります。		
要介護認定 障害区分	<input type="checkbox"/> 介護認定なし <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"/> 障害認定あり(障害 級) <input type="checkbox"/> 障害認定なし		
その他			
ケアプラン 作成事業所	事業所名: 電話番号: 担当者名:		
申込書送信元	名称: 氏名:		