

レスパイト入院申込書

年 月 日

ふりがな 患者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 (自宅Tel) (携帯Tel)				
かかりつけ医					
病名					
レスパイト 希望の理由					
レスパイト期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他()				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり 食事形態・制限等 ()				
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"/> バルーン留置 その他 ()				
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上 (エアマット <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) その他 ()				
認知症	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり (不隠 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他())				
キーパーソン	お名前 () 続柄 () 連絡先Tel				
要介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護保険なし				
居宅	事業所名： 電話番号： 担当者：				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 (3,300円 5,500円 6,600円)				
そのほか					

送信元：

日本赤十字社長崎原爆諫早病院 医療連携・患者支援課行き FAX:0957-43-2870

2024年5月作成