

## レスパイト入院申込書

平成 年 月 日

ふりがな 患者氏名	性別	生年	明・大・昭・平成 年 月 日 ( 歳)
	男・女	月日	
住所	〒 ー		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <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"/> その他 ( )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容 ( ) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
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"/> フォーレカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし		
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 (1日 3,240 円、5,400 円、6,480 円)		
そのほか			
要介護認定	要支援 ( 1・2 )、要介護 ( 1・2・3・4・5 )、介護保険申請なし		
ケアプラン 作成事業所	事業所名： 電話番号： 担当者名：		

送信元：