

# レスパイト入院 予約申込書

加戸病院 支援相談室 宛 FAX: 0893-44-3300

記入日 年 月 日

記入者名	事業所名		担当ケアマネ ( )	
	連絡先		TEL :	FAX :
ふりがな			男	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
患者氏名			女	
連絡先	氏名	続柄	住所	
	連絡先			
家族構成図	□男、□女 ◎:本人 ■・●:死亡		保険情報	□後期高齢者 □国保 □社保 □共済 □生保
			□その他 ( )	
既往歴	かかりつけ医		主治医 ( 科 )	
			感染症	□有 ( ) □無
介護保険			アレルギー	
			□有 ( ) □無	
利用中サービス	□要介護 ( ) □要支援 ( ) 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日			
入院希望理由	□区分変更中 □総合事業対象者 □申請中 □無			
入院希望理由	□訪問介護 □訪問看護 □訪問リハビリ □デイサービス □デイケア □ショートステイ		□福祉用具 ( ) □配食サービス □その他 ( )	
	入院希望期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
部屋希望	□大部屋 □個室トイレ付 (4,000円) □個室トイレなし (2,600円)		退院先	
			□自宅 □施設 ( ) □その他 ( )	
身体状態	□痺痺(部位 ) □拘縮(部位 ) □視力障害 □聴力障害 □言語障害 □その他( )			
移乗・移動	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
食事	□独歩 □杖(種類: ) □歩行器(種類: ) □車椅子(種類: ) □ストレッチャー		食事形態(主食: 副食: )	
	□嚥下障害(有・無) □義歯(有・無)		□経管栄養(胃瘻・経鼻)栄養名: (栄養量: ml/回 白湯 ml/回) × 回	
排泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
清潔	□トイレ □Pトイレ □尿器 □オムツ □リハビリパンツ □バルンカテーテル □ストーマ □尿意(有・無) 便意(有・無)			
問題行動	□入浴(一般浴・座浴・臥位浴) (最終入浴日: 月 日) □清拭			
意思疎通	□せん妄 □不穏 □徘徊 □介護抵抗 □不潔行為 □昼夜逆転 □もの忘れ □幻聴幻視 □暴言暴行			
	□被害妄想 □帰宅願望 □その他 ( )			
医療行為	意志の伝達(可・不可) 理解力(有・無) 認知症(有・無)			
	□褥瘡処置 □喀痰吸引 □麻薬の管理 □胃瘻 □経鼻経管栄養 □点滴 □在宅酸素 ( L)			
備考	□尿道バルーン □気管切開 □人工呼吸器(機種名: ) □その他 ( )			