

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