

レスパイト入院申し込み書

R3.8.25

入院希望日	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () 計 日間				
かかりつけ 医療機関名	担当医名		連絡先		
ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
患者氏名	(男・女)				
主病名 既往			退院先	<input type="checkbox"/> 本人・ご家族ともに自宅に退院することに 同意しています。	
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ()				
キーパーソン	(ふりがな)		連絡先	①	
	続柄 ()			②	
他医療機関 での入院期間	最終利用期間 <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無し 医療機関 ()				
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 点滴 () <input type="checkbox"/> 疼痛管理 () <input type="checkbox"/> 透析 (週 回 曜日) <input type="checkbox"/> その他 ()				
感染症	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無				
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 センサー使用 (有・無) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (経口 ・ 経管栄養： 胃ろう 経鼻) 食事形態 (主食： 副食：) セッティング (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意 (有・無) 便意 (有・無) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 認知症 (有・無・疑い) <input type="checkbox"/> ナースコール使用 (可・不可) <input type="checkbox"/> 指示動作 (可・不可) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 言語障害				
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 ()				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)				
ケアマネジャー	事業所名 () 担当者名 () 連絡先 ()				
リハビリ利用 (医療/介護)	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST) ※直近1Wの実施状況 (回) <input type="checkbox"/> 無				
利用 サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <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"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 入所 (施設：)				
備考					