

# 緊急

緊急の場合は↑  
緊急に○をして下さい

井上病院 地域医療連携室行き

FAX: 06-6368-7440

## 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	生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日 ( 歳)
		男 女		
住所			電話番号	
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 (原則1週間 ただし介護者の病気療養の場合などは退院日を相談・調整)			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別と施設名 )			
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"/> IVH <input type="checkbox"/> 特に無し 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 ( ) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
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"/> バルーンカテーテル 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"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー)			
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			
そのほか				
要介護認定または障害区分				
ケアプラン作成事業所名・電話番号・担当者名				

送信元: