



緊急の場合は
緊急に〇をして下さい

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

年 月 日

ふりがな 患者氏名	性 別	生年月日	明・大・昭・平
	男 女		年 月 日 (歳)
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	年 月 日 から 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：