

## レスパイト入院申込書

ふりがな 患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 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	令和 年 月 日 ( ) から 令和 年 月 日 ( ) 希望
医療行為	<input type="checkbox"/> たん吸引 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 ( ℓ/m) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: 回数: 回/日) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 (品名: 回/日) <input type="checkbox"/> 胃ろう・経鼻・その他 (品名: 回/日) <input type="checkbox"/> 点滴 (末梢・中心静脈栄養・CVポート 品名: ) <input type="checkbox"/> 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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット なし・あり) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他
精神状態など	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり
感染症	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( MRSA・HBV・HCV・その他 )
アレルギー	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
社会背景	家族構成 ( 人暮らし ) キーパーソン (関係: ) 医療費助成制度の適応 ( ) 介護保険 ( ) 障害区分 ( ) ( サービス内容・利用日 )
備考	
ケアプラン事業 所・電話・担当 者	