

地域包括ケア病棟 レスパイト入院申込書（情報提供書）



医療法人養気会池井病院 担当者行き

FAX 0984-24-0635

お返事に時間がかかることが
ございます。その旨あらかじめ
ご了承ください。

フリガナ		男	生 年 月 日	
患者氏名		女	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
住 所	TEL:			
家族氏名	(続柄:) TEL:			
主 病 名				
かかりつけ医	医療機関:	担当医師名:		
ケアプラン 担 当 者	事業所名:	担当者: TEL:		
キーパーソン	(続柄:) TEL:			
入院希望理由	<input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 介護休暇 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※原則 14 日以内			
他医療機関での レスパイト 入 院 期 間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	医療機関名:	最終利用期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 総利用日数: 日 ※レスパイト入院は合計 60 日まで	
医 療 行 為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻経管) <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 食事内容 ()	<input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり		
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門/人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()			
身 体 状 況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
家 族 状 況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> その他 ()			
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"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他 ()			
認定/手帳等	要 介 護 認 定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (認定区分:)		
	障 害 手 帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (障害区分:)		
	難病等受給者証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり		
本人のことで 病院側に知って もらいたいこと				
送 信 者	施設名:	担当者:	TEL:	

※ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。