

レスパイト入院申込書

様式6

患者番号 (ID)				申込日	年	月	日
ふりがな				生年月日	大正・昭和		
患者氏名					年	月	日 (歳)
住所				性別	男・女		
主病名				ご家族氏名	続柄 ()		
				緊急連絡先			
入院希望の理由	1. 介護者の入院 2. 介護疲れ 3. 冠婚葬祭 4. 家族の出産 5. その他 ()						
入院希望期間(2週間程度) (日数は要相談)	令和 年 月 日			から	令和 年 月 日		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> CV ポート <input type="checkbox"/> TPN (輸液内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食物:)			薬剤:)			
薬剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> お薬説明書 (薬剤情報の詳細は別紙参照)						
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 (注入内容:) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 形態(主食: 副食:)						
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"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他 ()						
身体状況	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <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"/> その他 ()						
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 認知症状あり <input type="checkbox"/> 身体拘束あり						
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 (トイレあり 4,980円・トイレなし 3,980円) <input type="checkbox"/> 2人部屋 (1病棟) 2,750円 ※空床状況によりご希望に添えないことがあります						
要介護認定	要支援 1・2			要介護 1・2・3・4・5			
ケアマネジャー	事業所名:			ケアマネージャー(担当者)名:			
訪問看護ステーション	事業所名:						
かかりつけ医療機関	() 内科・外科・整形・精神科・脳外・泌尿器科・眼科・耳鼻科 婦人科・リハビリ・歯科・その他 ()			TEL: FAX:			
その他							

入院までに上記内容に変更がありましたら、白鳥病院地域連携室までご連絡ください

TEL:0879-25-4321 FAX:0879-25-4323

Ver.2020.12.16