

# レスパイト入院 利用申込書

山近記念総合病院 医療支援室

FAX : 0465-47-8178(代表)

		申込日	年	月	日
ふりがな		生年月日	年	月	日 ( 歳)
氏名		連絡先	①		
申込者	(続柄)	連絡先	②		
患者住所					

目的	<input type="checkbox"/> 介護の休息 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 家の用事 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
希望期間	令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )				
これまでの病気・入院歴					
お薬情報	※お薬手帳のコピーでも可				
医療行為	<input type="checkbox"/> 床ずれ (部位 大きさ 処置内容 ) <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (HOT) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <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 食事形態 (主食: 副食: ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (栄養剤名: ) <input type="checkbox"/> むせ (あり・なし) <input type="checkbox"/> とろみ材使用 (あり・なし)				
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"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 (フリーハンド・杖・歩行器・つたい) <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車いす 乗り移り (自立・一部介助・全介助) 操作 (自立・一部介助・全介助)				
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤の使用 あり・なし)				
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: )				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋(3300円/日) <input type="checkbox"/> 1人部屋 (11,000円/日) <input type="checkbox"/> どこでもOK				
介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				
担当ケアマネジャー	事業所		ご担当者名		
かかりつけ医	病院名:		何科:		
その他伝えておきたいこと (家族関係、金銭問題、認知症症状など)					

※「レスパイト入院のご案内」をよくお読みの上FAXください。

## 【当院記入欄】

入院予定日	主治医	病棟	退院日
月 日 ( ) :		1・2・3	月 日 ( ) :