

レスパイト入院申込書

ふりがな			生年月日	大・昭・平	
患者氏名	(男・女)		年	月	日(歳)
患者住所				電話番号	
キーパーソン氏名	続柄	世帯	キーパーソン連絡先	自宅	
		同居・別居		携帯	
かかりつけ医療機関名				担当医師名	
主病名					
入院希望理由	<input type="checkbox"/> 介護休息 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 介護者の病気・入院 <input type="checkbox"/> その他()				
入院希望期間	<input type="checkbox"/> 3泊4日 <input type="checkbox"/> 6泊7日 <input type="checkbox"/> 13泊14日 <input type="checkbox"/> その他 泊 日 ※初回は7日まで、再利用は14日までとなります				
	入院日 年 月 日(曜日) ~ 退院日 年 月 日(曜日)				
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 個室希望	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(4,950円/日) ※空床状況等によりご希望に添えないことがあります		
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(要支援1・2)(要介護1・2・3・4・5)				
担当ケアマネジャー	事業所名:				
	担当者名: 電話番号:				
利用中サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> その他()				
障がい支援区分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() → 担当の相談支援専門員()				
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <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		<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
	<input type="checkbox"/> カロリー制限(Kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限(g) <input type="checkbox"/> その他制限食()				
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"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他()				
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他()				
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症様の症状あり(症状:) <input type="checkbox"/> その他()				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
その他	入院中に特に気にしてほしいことや、生活上で気を付けていること、自宅での好きな過ごし方・好きなもの(例:テレビを見る、相撲が好き、音楽を聞く)などがありましたらご記載ください。				

原則2週間前までに、かかりつけ医の診療情報提供書を添付のうえFAX送信をお願いします

依頼日 年 月 日

申込機関名		担当者名	電話番号	
			FAX番号	