

レスパイト入院申込書

ふりがな 患者氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
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 ~ 令和 年 月 日		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし		
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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <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"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 その他 ()		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり (専門医受診 有・無) <input type="checkbox"/> 認知症なし		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 無料4床室 <input type="checkbox"/> 有料4床室 (770円 無料テレビ・冷蔵庫) <input type="checkbox"/> 2床室 (1,100円 有料テレビ・冷蔵庫) <input type="checkbox"/> 個室① (3,300円 無料テレビ・冷蔵庫) <input type="checkbox"/> 個室② (6,600円 無料テレビ・冷蔵庫・トイレ・シャワー) ※ご希望に沿えられない場合があります。あらかじめご了承ください。		
その他			
医療保険情報 (保険種別・番号)			
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： TEL： 担当者：		

ご入院までに、上記内容に変更がありましたら、ご連絡お願い致します。

送信元：