

FAX:03-3632-4276

医療機関様用 レスパイト入院申込書

令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名	(ID :)	性別 男・女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
電話番号	(自宅)	(携帯)		
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 (日間)			
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"/> 人工呼吸器 <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 食事の内容 () <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 車椅子移乗可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ()			
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏症状あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 (11,000円/7,700円/6,600円/3,300円) /日			
その他				
要介護認定	要支援 (1 ・ 2)、要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)、介護保険申請なし			
ケアプラン 作成事業所	事業所名 : 電話番号 : 担当者名 :			