

レスパイト入院 予約申込書

年 月 日

| | | | | | |
|--------------|--|-----|------|-------|-------------|
| フリガナ 患者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | T S H | 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | | | 電話番号 | | |
| かかりつけ医 | 医師名 : | | | | |
| 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 () | | | | |
| キーパーソン | 氏名 (続柄) 電話番号 | | | | |
| 退院先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 医療行為 | <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (種類 : モード :) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 在宅酸素(流量 : L/分) <input type="checkbox"/> 痰吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 点滴() | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位 :) <input type="checkbox"/> 麻薬() | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・要ろう・腸ろう 内容 : 注入方法 :) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 腹膜透析(透析液名 : 回数・時間 :) (機械のメーカー : 種類) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> インスリン() <input type="checkbox"/> 血糖測定() | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 薬・アレルギー | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー アレルギー 無・有() | | | | |
| 移 動 | <input type="checkbox"/> 歩行 (自立 ・ 見守り ・ 杖 ・ 歩行器具) <input type="checkbox"/> 装具(部位等) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 車いす (自走 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ リクライニング) <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 寝たきり (エアマット ・ その他) | | | | |
| 排 泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意(有・無) 便意(有・無) <input type="checkbox"/> ストーマ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルエンカテーテル | | | | |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> 嘔下障害あり <input type="checkbox"/> 嘔下障害なし <input type="checkbox"/> 義歯 (有・無) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 経口摂取 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 食事形態 () | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 水分トロミあり <input type="checkbox"/> 食事トロミあり | | | | |
| コミュニケーション | <input type="checkbox"/> 認知症(有・無) ナースコール(可・不可) 支持動作(可・不可) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器(有・無) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 精神症状 (大声 ・ 徘徊 ・ 介護抵抗 ・ その他) | | | | |
| 医療保険情報 | 国保 社保 共済 後期 生保 その他() | | | | |
| 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 申請中 | | | | |
| ケアマネジャー | 事業所名 : 電話番号 : 担当者 : | | | | |
| 利用サービス | <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> ショートステイ | | | | |
| 備 考 | | | | | |