

## 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"/> バルンカテーテル						
食 事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <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"/> 水分トリミあり <input type="checkbox"/> 食事トリミあり						
コミュニケーション	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							