

レスパイト入院申込書

記入日 年 月 日

守山いつき病院 地域医療連携室 宛

TEL052-793-3666(直通)

FAX 送信先 052 - 793 - 3177

下記患者さまについてレスパイト入院の申し込みをします。

【ID: 】

フリガナ		当院受診歴	あり・なし
患者氏名		保険情報	国保・社保・後期高齢（割） マル福・生活保護 その他（ ）
生年月日	M・T・S・H 年 月 日（才）	性別	男・女
患者住所	〒 - ）		
電話番号	（自宅・携帯） - -		

主介護者	氏名 住所 緊急連絡先（ ） -	患者との関係（ ）
------	------------------------	-----------

申込 / 紹介理由	
-----------	--

かかりつけ医	医療機関名 TEL（ ） - FAX（ ） -	医師名
透析	なし・あり（月水金・火木土）	透析医療機関

部屋希望	個室希望あり（8,500円・10,500円） ・ 大部屋希望（期間限定で個室可・支払い困難） ※レスパイト入院は空床利用の為、他患者の入院予定やベッド状況により御希望に添えない場合があります。	
	入院希望日	年 月 日（ ）
	退院希望日	年 月 日（ ）

医療情報

医療処置	酸素（ ℓ/min ） ・ インシュリン ・ 点滴（末梢・CV） ・ 経管栄養（NG・PEG） バルーン ・ 導尿 ・ 吸引（ 回/日 ） ・ 褥瘡処置 ・ その他（ ）		
感染症	なし・あり（ ）	難病等	なし・あり（ ）
認知症	なし・あり（症状 ）		
特記事項	※薬剤アレルギー等ありましたら記載をお願い致します。		

1/2

※裏面への記載もお願い致します。

食事情報

食事方法	自立・一部介助・全介助・摂取困難 ※一部介助の内容（ ）		
食事内容	一般食・治療食（減塩・透析・カロリー制限）・その他（ ）		
食事形態	【主食】 米飯・軟飯・全粥・ミキサー粥とろみ・その他（ ） 【副食】 常食・軟菜・一口大・ソフト食・ミキサー・その他（ ）		
食物アレルギー	なし・あり（ ）	水分制限	なし・あり（ ml/日）
その他	※経管栄養の場合は種類等		

ADL情報

移動方法	自立・見守り・一部介助・全介助		
移動手段	手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス・ストレッチャー・その他（ ）		
排泄方法	自立・見守り・一部介助・全介助		
排泄手段	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・バルーン・導尿（ 回/日） ストーマ・その他（ ）		
その他	※看護する上で必要となる特別な支援内容等ありましたら記載をお願い致します。		

その他

※問題行動・危険行動・看護拒否・強いこだわり、その他家族状況等、気になる事がありましたら記載をお願い致します。			
---	--	--	--

介護保険情報

介護認定	なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
支援事業所名		電話番号	（ ） -
担当ケアマネ		FAX番号	（ ） -

申込用紙記載者

氏名		患者との関係	
電話番号	（ ） -	FAX番号	（ ） -