

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

※当院記載
【 ID: _____ 】

FAX 送信先 052 - 793 - 3177

TEL 052-793-3666 (直通)

申込者(この申込書を作成された方)の情報をお聞きます。

申込者 氏名		患者との 関係	
申込者 電話番号	() -	申込者 FAX番号	() -

利用される患者様についての情報をお聞きます。

フリガナ		当院受診歴	あり ・ なし
患者氏名	(男 ・ 女)	生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (才)
保険情報	国保・社保・後期高齢(割) マル福・生活保護/その他()	介護保険	認定なし / 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
住所	(〒 -)		
電話番号	自宅 () -	携帯 ()	-
かかりつけ 医療機関	医療機関名 電話番号 () -	医師名 FAX ()	-
担当 ケアマネ	支援事業所名 氏名	電話番号()	-
透析	なし・あり (月水金 ・ 火木土)	透析医療 機関名	
主介護者 氏名		患者との 関係	
主介護者 住所	(〒 -)		
緊急 連絡先	氏名	電話番号/ 自宅・携帯 ()	-
	※必ず連絡のつく番号をご記入ください。		
申込理由			
利用 希望日	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ※土日祝日の入院受入はできません。		
部屋希望	個室希望あり(8,500 円・10,500 円) ・ 大部屋希望だが期間限定なら個室でも可 ・ 大部屋のみを希望する ※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ございます。		
直近3か月以内で他医療機関を含めレスパイト入院をご利用されましたか? (はい ・ いいえ) 「はい」と回答された方への質問です。利用された医療機関名と、レスパイト入院期間をご記入ください。			
医療機関名:		レスパイト入院期間: / ~ /	

2枚目への記入もお願い致します。(1/2)

利用される患者様についての情報をお聞きます。

(患者氏名: _____)

医療処置	酸素(ℓ/min) ・ インシュリン ・ 点滴(末梢・CV・皮下) ・ 経管栄養(NG・PEG) バルーン ・ 導尿(回/日) ・ 吸引(回/日) ・ 褥瘡処置 ・ その他()		
経管栄養	なし ・ あり (ありの方は、種類・回数などを記入してください)		
感染症	なし・あり()	難病	なし・あり()
食物アレルギー	なし・あり()	薬剤アレルギー	なし・あり()
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(食) ・ カロリー制限あり kcal ・ 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()		
水分制限	なし ・ あり (ml/日)	入れ歯	全義歯 ・ 一部義歯 ・ なし
固形物・水分でむせることはありますか？ なし ・ あり ・ とろみを使用()			
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 ・ オムツ ・ バルーン ・ 導尿(回/日) ・ ストーマ ・ その他()		
移動方法	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
移動手段	歩行/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()		
意思疎通	できる ・ 言葉以外で可能(身振り ・ 筆談 ・ その他) ・ 意思表示のみ ・ できない		
認知症	なし ・ あり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 問題行動はない <input type="checkbox"/> その他()		
その他 ※日中・夜間の様子など	※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、記入をお願い致します。 ※問題行動・危険行動・看護拒否・強いこだわり、家族状況など気になることがありましたら、詳しく記入をお願い致します。		