

レスパイト入院申込書

記入日 年 月 日

下記患者様について、レスパイト入院の申し込みをします。

【当院ID 〇〇〇〇〇〇】

ふりがな			生年月日
患者名	(男・女)		明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
主病名			かかりつけ医
既往			
入院の期間	年 月 日～	年 月 計	日間 (※最長2週間)
入院の目的	☐ 介護者の休息 ☐ 入院 ☐ 出産 ☐ 冠婚葬祭 ☐ 受診・病気 ☐ 旅行 ☐ その他 ()		
退院先	☐ ※本人・ご家族ともに自宅に退院することに同意しています。		
キーパーソン 連絡先	ふりがな 続柄 ()	電話番号	
医療処置	☐ 痰吸引 ☐ 酸素(L/分) ☐ 人工呼吸器 (機種名) ☐ 褥瘡処置 ☐ インスリン ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻) ☐ 気管切開 ☐ 尿道バルーン ☐ 点滴 (☐ ポ-ト ☐ PICC ☐ その他:) ☐ 麻薬管理 ☐ その他 ()		
感染症	☐ 無 ☐ 有 ()		
アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ()		
移動・移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ センサー使用 (有・無) ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー		
食事	☐ 経口 (☐ 自立 ☐ セッティング ☐ 一部介助 ☐ 全介助) ☐ 経管栄養 ☐ 嚥下障害 (有・無) ☐ とろみ (有・無) 食事形態 主食: 副食: 注入食 (商品名:)(回/日) 白湯 ☐ 無 ☐ 有()		
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ バルーンカテーテル ☐ ストーマ()		
コミュニケーション	☐ 認知症 (有・無) ☐ ナースコール使用 (可・不可) ☐ 指示動作 (可・不可) ☐ 視力障害 (右・左) ☐ 聴力障害 (右・左) ☐ 言語障害		
部屋希望	☐ 多床室 (1日1,100円) ☐ 個室 (1日6,600円)		
リハビリ利用 (医療/介護)	☐ 無 ☐ 有 (☐ PT ☐ OT ☐ ST) ※直近1Wの実施状況 (回/W)		
利用サービス	☐ 訪問診療 ☐ 訪問介護 ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ 福祉用 () ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ ショートステイ ☐ 入所(施設:)		
要介護認定	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有 (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)		
支援事業所名			TEL
担当ケアマネ			FAX
備考	※特別な支援内容、問題・危険行動等あれば記載してください。		