地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

(医)創造会 平和台病院 患者支援センター TEL:04-7189-1111(代) FAX:04-7189-1151

※太枠内は必ず、下段は記入できる範囲でご記入ください

フリガナ		男	大正・	昭和 •	平成		
患者氏名				年	月	日(歳)
住所	₸	連絡先①		(続柄)	(–	-)
		連絡先②		(続柄)	(–	-)
かかりつけ医院		医	師名				
入院希望の理由	□介護者の休養 □ご家族の都合	□その他(-)
入院希望の期間	令和 年 月 日から	令和 年	月	日			
退院先	□自宅 □施設(施設名:)
リハビリテーション	口希望しない (理由)		
部屋希望	□個室(1日8,250円~8,800円 税込み) □大部屋						
交通手段	口自家用車 口介護タクシー 口そ	の他()		
申込者				(制	売柄)	
主病名							
医療行為	□褥瘡処置 □喀痰吸引 □麻薬の	の管理 口胃	廔 □腸瘻	口点	.滴 []在宅酸素	:
	□気管切開 □人工呼吸器(機種名:	:) 口その	の他()
食事	□自力摂取 □一部介助 □全介即	□嚥⁻	下障害あり	□嚥下	障害な	îL	
	食事の内容()			
	経管栄養(内容:	1回量:	mL	回数:		回/日)	
排泄	口自力歩行でトイレ ロポータブルト・	イレ ロオムッ	ノ 口導尿				
	□Baカテーテル(Fr · 交換日	/)	口その他()	
睡眠状況	口良眠 口不眠(夜間せん妄 口あり 口	なし) 眠剤	使用 口あり	(薬品名)ロなし
家族状況	□独居 □高齢者世帯 □同居家肪	失あり ()			
	その他()				
身体状況	□寝たきり(褥瘡マット使用 □有	タイプ:				口無)
	□車椅子移動 □杖歩行 □歩行	可能 口その作	也()			
清潔	□清拭 □入浴介助 □訪問入浴	ロデイサーヒ	ズ(最終)	(浴日	/)	
精神状況など	□認知症あり □その他()					
要介護認定また は障害区分	□要介護1 □要介護2 □要介護3	□要介護4	□要介護	5			
	□障害区分() 🗆	その他()	
ケアマネジャー	事業所名: 電話番号 						
	担当者名:						
備考							

令和 年 月 日