



## レスパイト入院申込書

当院診察券番号 (お持ちの方のみ)		入院病棟	
フリガナ 患者氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
家族連絡先 ①	氏名:	(続柄: )	☎
家族連絡先 ②	氏名:	(続柄: )	☎
かかりつけ医			
申込者氏名・職種	医師 ・ ケアマネージャー ・ 訪問看護師		
主病名			
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日		
入院理由	<input type="checkbox"/> 主介護者の休息・入院・不在のため <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 医療行為のためショートステイの利用が困難		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻注入 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( )		
食事	食事内容( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他( )		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(エアマット <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 車椅子乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他( )		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし 気になる症状( )		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 MRSA・その他 (部位 )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室(1日 円)		
その他			
要介護認定	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2		
事業所名			
担当ケアマネジャー			
訪問看護ステーション			

ご入院までに、上記内容に変更がありましたら、ご連絡お願い致します。