

地域包括ケア病棟 レスパイト入院申込書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日(歳)
住 所			
電話番号			
家族氏名	(続柄:)	連絡先	

希望理由	<input type="checkbox"/> 介護休息 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他()
希望期間	年 月 日(曜日) ~ 年 月 日(曜日)
主病名	

かかりつけ医	医療機関名	担当医名
--------	-------	------

ケアプラン 作成者	事業所名	
	担当者名	電話番号

他医療機関での レスパイト利用	<input type="checkbox"/> 無	医療機関名	<input type="checkbox"/> 串間市民病院 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 有 →	最終利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		総利用期間	日

部屋希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名:)
医療行為	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> NPPV <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻)
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ホルモン注射等()
	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
	副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット <input type="checkbox"/> ミキサー
排泄	水分トロミ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱
身体状況	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(自走・介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	<input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	不穏状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
家族状況	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族有り()
認定・手帳	<input type="checkbox"/> その他
	要介護認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (認定区分:) <input type="checkbox"/> 申請中
利用サービス	障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害区分:)
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
	<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具
	<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他()