

利根中央病院 レスパイト入院 予約申込書

総合支援センター FAX : 0278-25-9801 (直通)

申込日 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 月 日 (歳)	年
患者氏名					
住所	〒	緊急連絡先TEL (患者との関係)			
かかりつけ医					
主病名					
入院希望理由					
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (14日以内)				
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ()				
医療行為	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 (抹消・中心静脈・CVポ-ト) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位:) 処置の方法 () <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (体動時: ℓ 安静時: ℓ) <input type="checkbox"/> 気管切開 (カニューレタイプ: サイズ:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (機種名:) 設定モード () <input type="checkbox"/> 有事の指示: 発熱時 () 酸素低下時 () : 便秘時 () 不眠時 ()				
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容 (常食・おかゆ・キザミ・トロミつける・ペースト・栄養剤) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (内容: 、1回量 ml、回数 回/日)				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無				
排せつ	<input type="checkbox"/> トイレ (自力歩行) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日) <input type="checkbox"/> 入院時スト-マ交換特記 () <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル (Fr 交換日: /) <input type="checkbox"/> その他 ()				
移動手段	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行 (杖・歩行器・独歩) <input type="checkbox"/> その他 ()				
清潔	介助 (要・不要) <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 最終入浴日 (/)				
精神状態	認知症 <input type="checkbox"/> 有 (病名:) <input type="checkbox"/> 無 ※徘徊、暴力行為等のある方は要相談となります 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 有 (大声・徘徊・暴力行為・不潔行為) <input type="checkbox"/> 無				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)				
障がい者区分	<input type="checkbox"/> 障がい区分 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用サービス内容					
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA (痰・便・尿・その他) <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗原 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無				
入退院時の交通	<input type="checkbox"/> 家族送迎 <input type="checkbox"/> 通院支援 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他 ()				
備考	<input type="checkbox"/> エアーマット要				
申し込み担当者	事業所名:		電話番号:		
	氏名:				