

レスパイト入院予約申し込み書

貴島中央病院 地域連携室 担当 _____ 宛 FAX : 072-991-8976

ID:

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	
患者氏名				年	月
住所		連絡先	TEL :		
		緊急連絡先	TEL :		
医療機関名 医師名					
病名(主病名)					
入院希望理由					
入院希望期間					
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> 透析				
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素(L) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <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(有・無) トロミ(有・無)		
	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 治療食() <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 注入食(注入回数 回/日) キザミ・ミキサー・ソフト				
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル				
移動・身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他				
	褥瘡予防マット(有・無)				
精神状況など	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動 その他				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室(11,000円/日税込) <input type="checkbox"/> 総室(5人部屋) <input type="checkbox"/> どちらでも可				
要介護認定	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中				
又は障害区分	<input type="checkbox"/> 障害区分()				
担当 ケアマネージャ ー	事業所 :		TEL :		
	担当者 :				
申込者名					
備考					

※ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。