

レスパイト入院 予約申込書(FAX専用)

申し込み日 年 月 日

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
住所			電話番号	
かかりつけ医				
主病名				
入院希望の理由				
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
キーパーソン	(続柄) 氏名:			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別と施設名)			
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位:) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (流量: L/min) <input type="checkbox"/> その他			
薬の内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (自立・見守り・杖・歩行器具) <input type="checkbox"/> 車いす (自走・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり (エアマット・体圧分散マット・その他)			
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他			
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 経口摂取 (自立・見守り・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> 食事形態 () <input type="checkbox"/> とろみあり(水分のみ) <input type="checkbox"/> 食事にとろみあり			
身体症状等	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> BPSD行動 (大声・危険行動・徘徊・その他)			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 特室 ※ご希望に添えない場合もあります			
医療保険情報 (保険種別・番号)				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)			
ケアマネジャー	事業所名: 担当者:			
訪問看護ステーション	事業所名:			

ご入院までに、上記内容に変更がありましたら、ご連絡お願いいたします。

【送信元】 かかりつけ医 訪問看護ステーション ケアプラン事業所

病院又は事業者名: