

## 地域包括ケア病棟レスパイト入院申込書

以下の事項を同意の上、レスパイト入院申込書を記載してください。（同意の場合は□内にレチェックをお願いいたします）

レスパイト入院の期間は原則 14 日以内です。（連続しての更新はできません。）

入院初日を、土日、祝日、年末年始、時間外にすることはできません。退院日時は、平日午前 10 時となるようにご協力お願いします。

レスパイト入院の予約は、3 ヶ月先まで可能です。但し、患者様一人につき 1 回分のみの入院予約となります。レスパイト入院後退院時に次の入院予約が可能となります。

レスパイト入院予約は、入院日の 1 週間前までの受付となります。

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日
患者住所		電話番号	
家族住所		家族電話番号	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望理由			
入院希望期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（種別： 施設名 )		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <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 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし 食事内容 ( )		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> フォーレカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態（褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <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		
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（5000 円）		
その他			
要介護認定または障害区分			
ケアプラン作成 事業所名・電話 番号・担当者名			

送信元： ( )