

レスパイト入院申込書

年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平
氏名			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 () : ~ 月 日 () :		
送迎方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L) <input type="checkbox"/> 胃婁・経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> みまもり <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養：内容 () 1回量 () 回数 (回/日)		
形態	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト 水分：とろみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 嚥下状態： <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <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"/> バルンカテーテル		
移動	<input type="checkbox"/> 寝たきり (<input type="checkbox"/> エアマット使用) <input type="checkbox"/> 車椅子可能 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助) <input type="checkbox"/> 杖・歩行器などで歩行可能 <input type="checkbox"/> 独歩		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症あり (症状：) <input type="checkbox"/> 不穏行動あり (<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他：)		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス入浴 (最終入浴： 月 日)		
服薬	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉砕) <input type="checkbox"/> なし		
感染症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 (1日/8000円)		
介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請中		
ケアマネ	事業所		
	担当者名		

※ご入院前に上記の内容に変更がありましたら、ご連絡をお願いします。