

レスパイト入院申込書

様式1

患者番号(ID)	山陽小野田市民病院 地域医療連携室 FAX :0836-83-8666		
ふりがな	生年月日	明・大・昭・平・令	
患者氏名		年 月 日(歳)	
住所	性別	男・女	
	ご家族氏名		
	緊急連絡先		
入院希望の理由			
入院希望期間(2週間以内)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
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"/> 胃瘻(腸瘻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <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 食事の内容() <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <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"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他()		
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 認知症状あり		
感染症(分かる範囲で)	<input type="checkbox"/> MRSA 有・無(部位:) <input type="checkbox"/> HBs抗原() <input type="checkbox"/> HCV 抗体()		
その他 特記事項			
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 (<input type="checkbox"/> 3,850 円/日 <input type="checkbox"/> 5,500 円/日 <input type="checkbox"/> 8,800 円/日) ※第3希望までご記入願います。		
ケアマネジャー (担当者名)	事業所名: (担当者)	TEL: FAX:	
訪問看護ステーション	事業所名: (担当者)	TEL: FAX:	

入院までに、上記内容に変更ありましたら、ご連絡お願い致します。