

# レスパイト入院 予約申込書

国保野上厚生総合病院 地域医療相談支援センター宛 FAX：073-488-7478

ID：

フリガナ		男・女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
患者氏名				年 月 日 ( 歳)	
住所		連絡先	TEL：		
		緊急連絡先	TEL：		
医療機関名	<input type="checkbox"/> 医師名：				
	<input type="checkbox"/> 国保野上厚生総合病院 医師名：				
病名（主病名）					
入院希望理由					
入院希望期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※14日以内				
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"/> 在宅輸液 <input type="checkbox"/> 在宅酸素				
	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（機種名： ） <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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	注入食（商品名： 注入回数： 回/日 白湯回数： ml 回/日）				
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"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 導尿（ 回/日）				
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"/> その他（ ）				
	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 褥瘡予防マット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
精神状態など	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動など（ ）				
個室希望	<input type="checkbox"/> 個室（5,500 8,800 9,900円/日税込） <input type="checkbox"/> 大部屋（4人部屋） <input type="checkbox"/> どちらでも可				
要介護認定 または障害者区 分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中				
	<input type="checkbox"/> 障害者区分（ ）				
担当 ケアマネジャー	事業所：			TEL：	
	担当者：				
申し込み者名					
備 考					

2023.3.1

※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。