

レスパイト入院申込書

美濃市立美濃病院 みの在宅医療支援センター 地域支援室 宛 FAX:0575-33-4724

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成
患者氏名	(男・女)		年 月 日 歳
住所	電話番号：		
キーパーソン	氏名：	続柄：	電話番号：
かかりつけ 医療機関			
病名（主病名）			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名：_____）		
医療行為	<input type="checkbox"/> 在宅酸素（流量： L/分） <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位：_____） <input type="checkbox"/> その他（_____）		
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="radio"/> 自力摂取 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助） 嚥下障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食事形態（_____） <input type="checkbox"/> 経管栄養 内容（_____） 1回量（_____ ml） 回数（_____ 回/日）		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ（ <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 介助） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（ <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 介助） <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル（ Fr. _____ / 交換） <input type="checkbox"/> その他（_____）		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <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（最終入浴日：_____ / _____）		
精神状態など	認知症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	不穏状態： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
夜間の状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 中途覚醒あり 眠剤使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（_____）		
要介護認定	<input type="checkbox"/> なし <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		
介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（_____）		
ケアプラン作成	事業所名：		電話番号：
	担当者名：		
備考			

※確認後、詳細を問い合わせさせていただきますことがあります。