

レスパイト入院申込書

尚寿会大生病院 地域医療連携管理室行き

FAX 04-2957-1104

希望される入院期間： ～

* 該当する項目に○をしてください

フリガナ			生年月日	年齢	性別
患者様の氏名					
病名					
御住所					
キーパーソン	氏名：	自宅電話：			
	続柄：	携帯電話：			
	後住所：				
ケアマネージャー	氏名：	電話番号：			
	事業所名：				
利用サービス 事業所名と頻度	訪問診療：				
	訪問看護：	月・火・水・木・金・土・日			
	訪問介護：	月・火・水・木・金・土・日			
	訪問リハ：	月・火・水・木・金・土・日			
	デイサービス：	月・火・水・木・金・土・日			
	デイケア：	月・火・水・木・金・土・日			
	福祉用具レンタル：				
介護保険	要支援	1	2		
	要介護	1	2	3	4 5
医療処置	点滴 酸素療法(L) 喀痰吸引(頻度 回/日) 気管切開 人工呼吸器：設定 メーカー 胃瘻 経鼻栄養 経腸栄養 尿道カテーテル 膀胱瘻 腎瘻 ストマ 自己注射：インスリン(回/日) ・ その他の薬剤() 疼痛コントロール(薬剤名：) 排便コントロール(薬剤名：) その他() アルコール綿使用： 可 ・ 不可				
移動・移乗	自立 一部介助 全介助 独歩 車椅子 杖歩行 装具・補助具使用(有 ・ 無) その他()				
食事	自立 一部介助 全介助 義歯： 無 ・ 有(部分 ・ 上 ・ 下) 食事形態(常食 軟飯 おかゆ) 経管栄養(種類：) その他：				
入浴	自立 一部介助 全介助				
排泄	自立 一部介助 全介助 トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ その他()				
認知症	無 ・ 有 (長谷川式 点)				
療養上の問題 無 ・ 有	不穏 せん妄 徘徊 介護抵抗 不潔行為 昼夜逆転 幻視幻聴 暴力行為 被害妄想 帰宅願望 その他()				
アレルギー	食品：無 ・ 有() 薬剤：無 ・ 有()				
備考					