



マキノ病院

FAX:0740-27-0112

## レスパイト入院申込書(成人用)

ふりがな			生年月日	西暦		
患者氏名			年	月	日	歳
			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
住所						
電話番号						
かかりつけ医						医師
主病名						
希望理由						
第1希望期間	月	日	曜日	～	月	日
第2希望期間	月	日	曜日	～	月	日
他医療機関でのレスパイト利用	<input type="checkbox"/> 有	最終利用期間 (西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日)				<input type="checkbox"/> 無
移動手段						時間(病院記載)
部屋希望	※高島病院のみ <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(トイレのみ) <input type="checkbox"/> 個室(トイレ・シャワー付き)					
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> ショート	施設名	種別	<input type="checkbox"/> ほか	
医療行為	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻 ) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <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"/> 注入					嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	食事内容:					
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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車いす乗車 <input type="checkbox"/> 可能 ( ) <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 その他 ( )					
精神状況	不穏状態 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
そのほか						
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
要介護認定		障害手帳	障害区分	難病・特定疾患		
ケアプラン作成者	事業所名			電話番号		
	担当者名					
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

送信元

西暦

年

月

日