

# レスパイト入院利用申込書

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		
患者氏名	(男・女)		年	月	日(歳)
住所	〒	連絡先			
主病名		キーパーソン	続柄( )		
			(連絡先)		
医療機関名 (かかりつけ医)		医師名			
		電話番号			
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				
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( )				
退院先					
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> インスリン				
	<input type="checkbox"/> 疼痛管理( ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素( )				
	<input type="checkbox"/> 痰吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 点滴( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無				
感染症	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無				
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST ) ※直近1Wの実施状況( 回) <input type="checkbox"/> 無				
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 センサー使用(有・無)		入院前ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(経口・経管栄養)				
	食事形態( ) セッティング( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ 尿意(有・無) 便意(有・無)				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 認知症(有・無・疑い) <input type="checkbox"/> ナースコール使用(可・不可) <input type="checkbox"/> 指示動作(可・不可)				
	<input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 言語障害				
問題行動	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転				
	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 幻聴幻視 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 他( )				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 特室(1日16,500円) <input type="checkbox"/> 個室(1日6,900円) <input type="checkbox"/> 2人部屋(1日1,850円)				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(要支援1・2)(要介護1・2・3・4・5)				
ケアマネジャー	事業所名( ) 担当者名( ) 連絡先( )				
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護(リハ) <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 入所(施設: )				
備考					

送信元: