

レスパイト入院申込書

入院希望日	西暦 年 月 日 () ~ 月 日 () 計 日間			
かかりつけ医療機関名	担当医名		連絡先	
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)	
主病名 既往			退院先	<input type="checkbox"/> 本人・ご家族ともに自宅に退院することに同意しています。
保険情報	<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 ()			
キーパーソン	(ふりがな)		連絡先	①
	続柄 ()			②
他医療機関での入院期間	最終利用期間 <input type="checkbox"/> 有 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無 医療機関 ()			
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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (l/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 点滴 () <input type="checkbox"/> 疼痛管理 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
感染症	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <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 <input type="checkbox"/> センサー使用 (有・無) <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： 胃ろう ・ 経鼻) 食事形態 (主食： 副食：) セットアップ (<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 尿意 (有・無) 便意 (有・無) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿カテ <input type="checkbox"/> ストーマ			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
更衣・整容	<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"/> その他 ()			
部屋希望	<input type="checkbox"/> トイレ付 (有料) <input type="checkbox"/> トイレ無			
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 ()			
リハビリ利用 (医療/介護)	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> PT ・ <input type="checkbox"/> OT ・ <input type="checkbox"/> ST) ※直近1週間の実施状況 (回) <input type="checkbox"/> 無			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <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"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 入所 (施設：)			
備考				