

在宅支援（レスパイト）入院申し込み書

フリガナ 患者氏名		生年月日	西暦 年 月 日(歳)
住所	〒	電話番号	
		緊急連絡先	
医療機関名 かかりつけ医		医師名	
		電話番号	
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	西暦 年 月 日から 月 日まで		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素(安静時 ・労作時) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容() 水分とろみ(あり・なし) 嚥下障害(あり・なし) <input type="checkbox"/> その他()		
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"/> バルンカテーテル		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(褥瘡マット使用 あり・なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他()		
精神状況など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
個室の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 個室料金 7700円		
要介護認定ま たは障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 障害区分()		
ケアプラン 作成事業所	事業所名：	電話番号	
		担当者	
訪問看護 ステーション	事業所名：	電話番号	

※ご入院までに上記内容に変更がありましたら、ご連絡お願い致します。

※ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望にそえない場合がありますのでご了承下さい。

所属機関名		申込者氏名	
-------	--	-------	--

社会医療法人西陣健康会 堀川病院