申込日　　　年　　　月　　　　日

**レスパイト入院申込書**

**宛先　県立安芸津病院　地域医療連携・入退院支援室行　ＦＡＸ　０８４６－４５－００７５**

**ＴＥＬ　０８４６－４５－００５５**

|  |  |
| --- | --- |
| 紹　介　元 | 所在地：名　称：担当者：ＴＥＬ：　　　　‐　　　　‐　　　　ＦＡＸ：　　　　‐　　　　‐　　　　 |
| フ リ ガ ナ |  | 性　別 |
| 患 者 氏 名 |  | 男 ・ 女  |
| 生 年 月 日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　　歳） |
| 住　　所 | 〒ＴＥＬ：　　　　‐　 　　　‐　　　　　 |
| かかりつけ医 |  |
| 主　病　名 |  |
| 入院希望の理由 | □介護疲れ　　□介護者の入院など　　□介護者の旅行・冠婚葬祭など□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院希望期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）～　　　月　　　日（　　　曜日） |
| 部屋の希望 | □個室　　□多床室 |
| 退　院　先 | □自宅　　□自宅以外 |
| 医 療 行 為 | □痰吸引　　　□在宅酸素　　　□気管切開　　　□褥瘡処置　　　□麻薬管理　　　□経管栄養（ 胃瘻 ・ 経鼻 ）□点滴（ 末梢 ・ 中心静脈栄養 ・ ＣＶポート ）□その他（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　 ） |
| 食　　事 | □自立　 □見守り　 □一部介助　 □全介助食事の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）嚥下障害（　有　・　無　）とろみ剤（　要　・　不要　） |
| 排　　泄 | □自立　　□一部介助　　□全介助□ポータブルトイレ　　□オムツ　　□尿道カテーテル　　□導尿　　□ストーマ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身 体 状 況 | □自立　　□一部介助　　□全介助□ベッド上（褥瘡マット使用　有　・　無　）　□車椅子　　□歩行器　　□杖□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 精 神 状 態 | □認知症（　有　・　無　）認知症の症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 感染症 | □無　　　□有 |
| 要介護認定 | □要支援〔　１ ・ ２　〕　□要介護〔　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　〕 |
| ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ | 事業所名：担当者名：　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：　　　　-　　　　　-　　　　　 |