

レスパイト入院申込書

申込日 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> 介護者の入院など <input type="checkbox"/> 介護者の旅行・冠婚葬祭など <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外	
医療行為	<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・経鼻） <input type="checkbox"/> 点滴（末梢・中心静脈栄養・CVポート） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容（ ） 嚥下障害（有・無）とろみ剤（要・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"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ベッド上（褥瘡マット使用 有・無） <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症（有・無） 認知症の症状（ ）	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援〔 1・2 〕 <input type="checkbox"/> 要介護〔 1・2・3・4・5 〕	
ケアマネジャー	事業所名： 担当者名： TEL： - -	