

レスパイト入院相談申込書

送信日:令和 年 月 日

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
住所		電話番号	
主病名			
かかりつけ医	病院/主治医名:		
医療保険		当院受診の有無	無・有(ID )・不明
入院希望の理由			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( 種別・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"/> 経管栄養( 胃ろう・経鼻・その他 ) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素( L) <input type="checkbox"/> その他( )		
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 食事の内容( ) <input type="checkbox"/> とろみあり(水分のみ) <input type="checkbox"/> 食事にとろみあり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(マットレスの種類 ) <input type="checkbox"/> 車イス移乗介助 <input type="checkbox"/> 歩行可能( 独歩・歩行器等 ) <input type="checkbox"/> その他( )		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 問題行動あり( <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 ) <input type="checkbox"/> その他( )		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
その他ケアの注意点			
介護認定または 障害区分	介護認定: / 障害区分(種別: ・等級: 級)		
ケアプラン作成 事業所名・電話番号・ 担当者名	事業所名: 電話番号: 担当者名:		
送信元	機関名: 電話番号: 連絡担当者名: FAX番号:		