宜野湾記念病院　医療相談室行き　FAX:098-893-8077　　送信日:令和　　年　　月　　日

レスパイト入院相談申込書

※希望日程:　月　日(　)～　月　日(　)

ふりがな 患者氏名			生年月日	明・大・昭・平 年　月　日(　歳)	
住所			キーパーソン 電話番号		
レスパイト入院中に緊急連絡が取れ・転院等がある場合に付き添いが出来る方	氏名(続柄)			連絡先	
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	□自宅　□施設(　種別・施設名　　)				
医療行為	□褥瘡処置　□痰吸引　□麻薬の管理　□経管栄養(　胃ろう　・　経鼻　・　その他　) □点滴　□気管切開　□在宅酸素(　　L)　□その他(　　)				
食事	□嚥下障害あり　□嚥下障害なし □食事の内容(　　)□とろみあり(水分のみ)　□食事にとろみあり □自立　□一部介助　□全介助				
排泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ　□尿道留置カテーテル				
身体状況	□寝たきり状態(マットレスの種類　　) □車イス移乗介助　□歩行可能(　独歩　・　歩行器等　)　□その他(　　)				
精神状態など	□認知症　□問題行動あり(□大声　□危険行動　□徘徊　) □その他(　　)				
感染症	□なし　□あり(　　)				
その他ケアの注意点					
急変時の延命処置	希望する　・　希望しない　・　不明　(現時点では決められない)				
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・担当者名・ 電話番号	事業所名:　　担当者名: 電話番号:				
送信元	機関名:　　電話番号: 連絡担当者名:　　FAX番号:				