レスパイト入院申込書

医療法人財団　神戸海星病院　医療連携センター　宛て　　FAX: 0120-888-246

フリガナ		生年月日	大正　・　昭和　・　令和　・　西暦 年　　月　　日（　　歳）
患者氏名			
住所		連絡先	
		緊急連絡先	
かかりつけ 医療機関名		医師名	
		電話番号	
入院希望期間	年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）		
主病名			
主な既往歴	☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脳梗塞　☐ 不整脈　☐ その他（　　）		
医療行為	☐ 胃瘻、腸瘻　☐ 経管栄養　☐ ペースメーカー　☐ 膀胱留置カテーテル		
	☐ たん吸引　☐ インシュリン　☐ 点滴　☐ CV　☐ ポート　☐ 点眼薬		
	☐ 褥瘡または創傷の処置　☐ 麻薬の管理　☐ 免疫用製剤の使用　☐ 人工肛門		
	☐ 在宅酸素（　　ℓ）☐ 気切管理　☐ 人工呼吸器		
	☐ その他　（　　）		
身体状況等	移動	☐ 杖・歩行器　☐ 車いす　☐ ベッド	
	移乗	☐ 介助なし　☐ 一部介助　☐ 全介助	
	口腔ケア	☐ 介助なし　☐ 一部介助　☐ 全介助	
	清潔	☐ 介助なし　☐ 一部介助　☐ 全介助	
	更衣	☐ 介助なし　☐ 一部介助　☐ 全介助	
	食事	☐ 介助なし　☐ 一部介助　☐ 全介助　☐ 経管栄養　☐ 嚥下障害あり　☐ 嚥下障害なし	
	食事形態	☐ ペースト　☐ きざみ　☐ 一口大　☐ 注入食	
	排泄	☐ トイレ　☐ ポータブルトイレ　☐ おむつ　☐ カテーテル　☐ ストマ	
	寝返り	☐ 自分でできる　☐ 何かにつかまれば自分でできる　☐できない	
	療養上の指示	☐ 通じる　☐ 通じない	
	認知症	☐ あり　☐ なし	
	危険行動	☐ あり　☐ なし	
部屋の希望	☐ 4人部屋　☐ 2人部屋（5,500円～11,000円）☐ 個室（17,600円～55,000円） 表示金額は1日当たりの室料（税込）。　空き状況によりご希望に沿えないことがあります。		
要介護認定、 障害区分	☐ 介護認定なし　☐ 要支援１　☐ 要支援２　☐ 要介護１　☐ 要介護２　☐ 要介護３ ☐ 要介護４　☐ 要介護５　☐ 障害認定あり（　　障害　　級）　☐ 障害認定なし		
ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	事業所名：　　担当者名：		
申込書の送信元	所属先の名称：　　氏名：		
その他			