

レスパイト入院 予約申込書

申込日 年 月 日

フリガナ	生年月日 年 月 日 (歳)		
患者氏名			
住所			
緊急連絡先	氏名 :	続柄 :	電話番号
かかりつけ 医療機関			医師名
			電話番号
病名 (主病名)			
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名 :)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 (流量 : L/分) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 末梢点滴		
	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 (Fr / 交換)		
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 (/ 交換) <input type="checkbox"/> 腸瘻 (/ 交換)		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位 : 大きさ : 処置内容 :)		
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	食事形態 ()		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 内 容 () 1回量 () 回数 () 回/日)		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ		
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル (Fr / 交換) <input type="checkbox"/> その他 ()		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス (最終入浴日 : 月 日)		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 視覚障害 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 難聴 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	認知症 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 症状 : ()		
	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 途中覚醒あり 眠剤使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 薬剤名 ()		
要介護認定 または障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	<input type="checkbox"/> 障害者区分 () その他 ()		
介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 ()		
ケアプラン作成	事業所名 :	電話番号	
	担当者名 :		
申込者氏名		電話番号	
備考			