

# 地域包括ケア病棟 レスパイト入院予約申込書

申込先:南医療生協病院 連携室→地域包括ケア病棟 FAX 052-625-0674

フリガナ		男	生年	大正・昭和・平成	
患者氏名		女	月日	年	月 日 ( 歳)
住所					
連絡先	①氏名:	続柄:	TEL:		
	②氏名:	続柄:	TEL:		
かかりつけ医	医師名:				
	連絡先:				
基礎疾患					
利用理由					
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (原則1回の入院で2週間が上限)				
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名: ) <input type="checkbox"/> その他:				
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		食事形態:			
		<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
	排泄	<input type="checkbox"/> 経管栄養 内容: 量:			
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> (トイレ・ポータブルトイレ・尿器) 介助			
		<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他:			
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 清拭 最終日:			
	起居	<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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド			
		<input type="checkbox"/> エアマット (必要・不要)			
認知症	<input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし				
	意思伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない				
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 部位: 方法:				
	<input type="checkbox"/> 点滴 内容:				
	<input type="checkbox"/> インスリン注射 種類:				
	回数: 回 量:				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻・胃瘻・腸瘻 種類: サイズ:				
	<input type="checkbox"/> バルンカテーテル 種類: サイズ:				
<input type="checkbox"/> その他:					
介護保険	<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: 担当者:				
部屋希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室希望 (有料)				
その他	※ショートステイの利用が困難な理由、今後の予定などありましたらご記入ください				

ご不明な点がありましたら、6B病棟までご連絡ください

TEL: (代表) 052-625-0373 FAX: 052-625-0674