

レスパイト入院申込書

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所 | | | |
| 申込者 | | | |
| 電話 | | | |



| |
|------------------------|
| 泰玄会病院 |
| 医療相談室 / 入退院調整室 宛て |
| FAX: 0586-62-2611 (直通) |
| TEL: 0586-61-2121 (代表) |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--------------------------|------|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|---|
| ふりがな | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> | M | <input type="checkbox"/> | T | <input type="checkbox"/> | S | <input type="checkbox"/> | H |
| 患者名 | 様 | 年 | 月 | 日 | (| 歳) | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | | | | | | | | | | | |
| 希望理由 (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> 介護者の外出・旅行・冠婚葬祭など <input type="checkbox"/> その他 (下記の空欄に記載して下さい) | | | | | | | | | | |
| 希望期間 (15日間まで) | 年 | 月 | 日 | 曜日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 曜日 | | |
| 医療行為 | <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 → 栄養剤種類 : () <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (リットル) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 処置 (褥瘡など) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他 (下記の空欄に記載して下さい) | | | | | | | | | | |
| 食事状況 | 食事方法 | <input type="checkbox"/> | 自立 | <input type="checkbox"/> | 見守り | <input type="checkbox"/> | 一部介助 | <input type="checkbox"/> | 全介助 | | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> | 普通 | <input type="checkbox"/> | きざみ | <input type="checkbox"/> | 嚥下食 | <input type="checkbox"/> | ミキサー | | |
| リハビリ状況 | <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | | |
| | 事業所名 | | | | | | | | | | |
| 認知症状 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | ありの場合は具体的な認知症状を記載して下さい | | | | | | | | | |
| 個室希望 (4,400円/日) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | |