

依田窪病院レスパイト入院申込書

年 月 日

氏名	フリガナ		男・女	明治	年 月 日生 (歳)
				大正	
住所	〒				
	電話 () -				
連絡先	氏名		電話	① () -	
	(続柄)			② () -	
かかりつけ医					
主病名					
既往歴					
入院希望理由					
入院希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				
実施している医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・経鼻・腸ろう) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ()				
食事	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【形態】 主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 () 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 () 【補助食品】 () 【とろみ】 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ・紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベット上 (エアマット：あり・なし)				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (言語障害：あり・なし)				
精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (認知症：あり・なし) (具体的な状態)				
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 申請中				
ケアマネジャー	事業所名：		TEL：		
	(担当者)				
訪問看護ステーション	事業所名：		TEL：		
その他	当院への入院にあたり、調整が必要なことなどありましたらご記入ください。				
病室の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室				

2020.4