

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"/> ベッド上 (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			