

地域包括ケア病棟（東4階）入院申込書

申込者	医療機関・事業所名： 担当者名： TEL - -		
フリガナ		レスパイト	<input type="checkbox"/> (家族・市・県・その他)
患者氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所・TEL	TEL - -		
キーパーソン	氏名： 続柄：	TEL	- -
かかりつけ医			
主病名			
希望入院期間	※レスパイト入院希望の方の入院期間は14日以内となります。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
入院目的			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
延命治療希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (機種：) <input type="checkbox"/> その他 ()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (褥瘡マット使用： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ()		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 理由： <input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他 ()		
現状のリハ実施	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST		
食事・嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 嚥下障害： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食事の内容 ()		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
家族状況	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり () <input type="checkbox"/> その他 ()		
個室希望	<input type="checkbox"/> あり C室・402号：1日 [4,950円 市内在住],[7,370円 市外在住] <input type="checkbox"/> なし		
要介護認定	要支援： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
障害区分			
ケア マネージャー	事業所名： 担当者名： TEL - -		
訪問看護 ステーション	事業所名： 担当者名： TEL - -		
備考			