

# 地域包括ケア病棟（レスパイト入院）予約申込書

協和会病院 地域医療福祉連携室

FAX：06-6339-9889

フリガナ		男	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名		女		年 月 日（ 歳）
住 所	〒	連絡先		
		緊急連絡先		
医療機関名 （かかりつけ医）		医師名		
		電話番号		
病名（主病名）				
入院希望の理由				
入院希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 年 日			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名： ）			
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"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（機種名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事の内容（ ） 経管栄養（内容： 1回量： ml 回数： 回/日） <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ（自立・介助） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿			
	<input type="checkbox"/> フォーレカテテル（ Fr・交換日《 / 》） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
身体状況	<input type="checkbox"/> 全介助（褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 有 タイプ： <input type="checkbox"/> 無 ）			
	<input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
清 潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴車 <input type="checkbox"/> デイサービス（最終入浴日 / ）			
精神状況など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他（ ）			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
要介護認定または 障害区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	<input type="checkbox"/> 障害区分（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
ケアプラン作成	事業所名：		電話番号	
	担当者名：			
その他				