

レスパイト入院申し込み書

紹介医療機関名	担当者名		連絡先
ふりがな	患者氏名 (男・女)		生年月日
患者氏名			明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
病名・既往	転院目的 退院先		
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	キーパーソン	続柄() (連絡先)
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 点滴 () <input type="checkbox"/> 疼痛管理 () <input type="checkbox"/> 透析 (週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST) ※直近1Wの実施状況(回) <input type="checkbox"/> 無		
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 センサー使用 (有・無) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	入院前ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (経口 ・ 経管栄養) 食事形態 () セッティング (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ 尿意 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 無)		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 認知症(有・無・疑い) <input type="checkbox"/> ナースコール使用(可・不可) <input type="checkbox"/> 指示動作(可・不可) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 言語障害		
問題行動	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 幻聴幻視 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 他()		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 特室B(1日5,800円) <input type="checkbox"/> 特室A(1日9,800円)		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5)		
ケアマネジャー	事業所名() 担当者名() 連絡先()		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護(リハ) <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 入所(施設:)		
備考			