

レスパイト入院申込書1

記入日 年 月 日

施設・事業所名:	TEL:
ご担当ケアマネジャー名:	FAX:
認定済み・申請中(新規・区変・更新)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
認定済み・申請中(新規・区変・更新)	障害支援区分 1・2・3・4・5・6

◆基本情報

フリガナ		性別	M・T・S	
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日 才
住所			電話番号	()
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 施設 ()	保険	国保・社保・後期高齢(割)・生保 限度額・丸福・特定疾患	
かかりつけ医(医療機関名)			医師名	
住所	TEL:			FAX:

◆家族情報

主介護者	様	関係性		同居・別居	連絡先	
その他	様	関係性		同居・別居	連絡先	

◆紹介理由

--

◆希望期間

7日間 ~ 14日間の期間内でご希望の記入をお願いします

入院希望日	年 月 日 ()
退院希望日	年 月 日 ()
移動手段	
付添う方	

※入院希望日は土日祝日の設定がありません。退院希望日はご相談に応じて土日が必要な場合もあります。

◆ご留意点

※体調不良の方はご利用できません。治療をご希望の場合はかかりつけ医様へご相談をお願いします。

※予定していても急な体調悪化の場合はご利用できない場合もありますので下記連絡先へ必ずご連絡をお願いします。

◆キャンセルのご連絡(平日 9:00~17:00 の間にお願いします)

※キャンセルのご連絡についてはお電話口で「レスパイトのキャンセル」とお伝えください。

FAX送信先	052-723-3648	東海病院 地域連携室(直通)
電話(代表)	052-711-6131	担当MSW 三浦

※入院の可否はベッドの状況に応じて2週間前~1ヶ月前までにお返事します。

※入院申込書は原則2週間前までの受付とさせていただきます。

レスパイト入院申込書2

記入日 年 月 日

以下の項目にチェックをお願いします。それ以外で情報があるようでしたら特記事項へのご記入をお願いいたします。

◆ADL

【特記事項】

食事	<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	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥・きざみ <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 補助食 <input type="checkbox"/> 点滴		
	むせ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(昼・夜) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルーン		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
方法	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> サービス (デイ・ヘルパー・訪問看護・訪問入浴)		
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖(T字・多点) <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす		
内服管理	管理(自己・家人・施設・介護サービス)	飲み忘れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
麻痺拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位		

◆医療処置

【特記事項】

	酸素	ℓ/min	喀痰吸引	回/日	インスリン	単位	
医療処置	褥瘡 (部位) 処置						
	経管栄養 ・ 胃瘻 ・ IVH		その他				
エアマット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
その他							

※胃瘻などの栄養剤は特記事項に記入をお願いします

※インスリンの時間(朝食後、眠前など)は特記事項に記入をお願いします

◆その他

【特記事項】

認知障害	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> 低下あり <input type="checkbox"/> あり		
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	幻覚幻視・妄想・昼夜逆転・暴言暴行・不潔行為・異食・徘徊・抑うつ・その他		
感染症	MRSA () HB () HCV () ワ氏 ()		
	HIV () 疥癬 () その他 () 不明 ()		
備考欄			

※認知障害がある場合は特記事項に具体的なエピソードの記入をお願いします

※感染症についてはわかる範囲で記入をお願いします