

レスパイト入院依頼書

松原メイフラワー病院 地域医療連携室 宛 Tel : 0795-42-8851 Fax : 0795-42-8871

申込日	令和 年 月 日	申込者	続柄()
ふりがな 患者氏名	生年月日	大正・昭和・平成 性別 男・女 年 月 日生	
住所 〒	連絡先 緊急連絡先		
キーパーソン氏名	続柄	連絡先	
かかりつけ医療機関名 医師名	連絡先		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
主病名			
既往歴			
入院希望の理由：			
入院希望時期・期間 令和 年 月 日()～ 令和 年 月 日()			
医療行為	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 点滴(CVポート・IVH) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン <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 <input type="checkbox"/> 食事形態 () <input type="checkbox"/> 経管栄養 (内容：) (白湯 ml) (1回量： ml) (回/日) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 有(注意点：) 無		
排泄	<input type="checkbox"/> 尿意 有・無 <input type="checkbox"/> 便意 有・無 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (Fr・次回交換日 /) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 排尿回数 回/日 <input type="checkbox"/> 最終排便 / <input type="checkbox"/> 下剤： <input type="checkbox"/> 浣腸		
ADL 移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 寝たきり		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助入浴 <input type="checkbox"/> 特別浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 提供場所：自宅・介護施設等		
精神状態 など	<input type="checkbox"/> 認知症 有(ランク： 状態)・無 <input type="checkbox"/> せん妄・介護への抵抗・健忘 その他 ()		
介護認定 障害区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 障害者区分 () <input type="checkbox"/> その他		
希望部屋	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室(有料)		
担当 ケアマネ	事業所	担当者	連絡先

注) ベッドの空床状況により、お部屋や希望の時期に添えない場合がありますのでご了承ください。