FAX送信先　新山手病院　入退院支援センター　地域連携室　FAX:042-393-1300

# レスパイト入院申込書

| 申し込み<br>記入者<br>(TEL) |
|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 大正<br>昭和　　年　　月　　日（　　歳）<br>平成 |
| 患者氏名 | | | |
| 住所 | | 家族<br>連絡先 | ①氏名<br>TEL |
| | | | ②氏名 |
| TEL | | | TEL |
| かかりつけ<br>医療機関 | | 医師名 | |
| | | TEL | |
| 主病名 | | | |
| 入院希望<br>理由 | | | |
| 入院希望期間 | 令和　　年　　月　　日(　　)　～　　月　　日(　　) | | |
| 医療行為 | □褥瘡処置(部位:　　)　□胃ろう　□酸素(　　ℓ/m)<br>□痰吸引(頻度:　　回/日 )　　□膀胱留置カテーテル<br>□その他 (　　) | | |
| 栄養 | □経口(1, 自立　2, 一部解除　3, 全介助)　　□嚥下障害　あり ・ なし<br>□食形態※必須(　　) □トロミ　あり ・ なし<br>□経管(経鼻・胃婁・その他　　)□点滴　あり・なし(抹消・CV・ポート) | | |
| 身体状況 | □寝たきり状態　□エアマット使用　□褥瘡予防マット使用<br>□杖　□歩行器(シルバーカー)　□車いす(自操・介助)　□その他 | | |
| 排泄状況 | □自立　□介助　□失禁　あり・なし<br>□トイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ(テープタイプ ・ パンツタイプ)<br>□膀胱留置カテーテル　　□その他(　　) | | |
| 精神状況 | □認知症状　あり・なし　　□精神科疾患　あり・なし<br>※ありの場合具体的症状や様子(必須) | | |
| 意思疎通 | □ 可　□ 不可 | ナースコールへのご理解　□可　□ 不可 | |
| アレルギー | □あり(　　)　□なし | 感染症 | □あり(　　) □なし |
| 介護度 | □未申請　□要支援1 □要支援2　　□要介護1□要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5 | | |
| ケアプラン<br>作成 | 事業所名:<br>担当者名: | 内服薬 □あり □なし<br>※原則入院中の内服薬は持参 | |

○受け入れ決定後記入(入退院支援センター)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 搬送手段 | □自家用車 □介護タクシー □その他 | 付添い | |
| 入院日時 | R　年　月　日　:　着 | 退院日時 | R　年　月　日　:　出発 |
| 主治医 | | 入院病棟 | 1・2・3・5 |

※以上の項目をご記入の上、かかりつけ医療機関からの**〔診療情報提供書〕**を併せてFAX送信願います