

## レスパイト入院申込書

尾原病院 地域医療連携室 FAX 078-743-6680

患者名	(かな ) 男・女
住所	
生年月日	M/T/S/H 年 月 日 歳
キーパーソン名	(かな ) 続柄
緊急連絡先	
主病名	
紹介医療機関名	担当者 連絡先
レスパイト理由	
希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日
既往歴	
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> インスリン
身体状況	移乗 : <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 寝返り : <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 危険行動 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 従命 : <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可
介護認定	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 介護事業所 : 担当者 :
訪問看護	事業所 : 担当者 :
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室