**レスパイト入院申込書**FAX0258-61-1709　※　以外ご記入下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男 | 生年月日 | 大正・昭和・平成年　　月　　日（　　歳） |
| 患者氏名 |  | 女 |
| 住所 | 見附市・長岡市・三条市 | 当院ＩＤ |   |
| 入院日時令和　　年　　　月　　　日（　）　： | 退院予定日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 主治医 |   | かかりつけ医 |  |
| 入院病棟 |   |
| 病名（主病名） |  |
| 入院希望の理由 |  |
| 入院希望期間 | 令和　　　年　　　月　　　日から　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 退院先 | □自宅　　□施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 医療行為 | □褥瘡処置　□吸引　□麻薬の管理　□胃瘻　□腸瘻　□点滴　□在宅酸素□気管切開　□人口呼吸器（機種名：　　　　　　）　□その他（　　　） |
| 食事 | □自力摂取　□一部介助　□全介助　食事の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　経管栄養　（内容：　　　　　　1回量：　　　ml　回数：　　　回/日）□嚥下障害あり　□嚥下障害なし　 |
| 排泄 | □自力歩行でトイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ　□導尿□Baカテーテル（　　Fr・交換日《　　/　　》　□その他（　　　　　）　 |
| 身体状況 | □寝たきり（褥瘡マット使用　□有　タイプ：　　　　　　　　　□無　）□車椅子移動　□杖歩行　□歩行可能　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 清潔 | □清拭　□入浴介助　□訪問入浴　□デイサービス　（最終入浴　　/　　） |
| 精神状況など | □不穏状態あり　□認知症あり　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 要介護認定または障害区分 | □未申請　□申請中　□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□障害区分（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　） |
| ケアプラン作成 | 事業所名：電話番号：　　　　　　　　　　　　　FAX番号： |
| 担当者名： |
| 申し込み者名 |   |
| 備考 |  |

令和2年6月10日作成