**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