地域包括ケア病棟　レスパイト入院　予約申込書

注）ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。
注）原則的には、ご本人・ご家族、担当ケアマネージャー、かかりつけ医又は地域包括支援センター担当者が記載してください。
　　困難な場合は、その限りではありません。
注）ご入院までに下記内容に変更がありましたらご連絡お願い致します。

記載日：令和　　年　　月　　日

フリガナ		男	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名		女		年　月　日（　歳）
住所	〒		連絡先	
			緊急連絡先	
申込者名	（関係：　） 連絡先			
医療機関名（かかりつけ医）			医師名	
			電話番号	
病名（主病名）				
入院希望の理由				
入院希望期間	令和　年　月　日　時 ～ 令和　年　月　日　時			
退院先	□自宅　□施設（施設名：　）			
医療行為	□褥瘡処置　□痰吸引　□麻薬の管理　□胃瘻　□腸瘻　□点滴　□在宅酸素 □気管切開　□人工呼吸器（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） （水分　1回量　ml　回数：　回/日） □胃瘻チューブ（　Fr・次回交換日≪　/　≫） □嚥下障害あり　□嚥下障害なし			
排泄	□トイレ（□自立　□介助）　□ポータブルトイレ（□自立　□介助）　□オムツ　□導尿 □尿留置カテーテル（　Fr・次回交換日≪　/　≫）　□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　（最終入浴日　／　）			
精神状況など	□不穏状態あり（　）　□認知症あり（　）　□その他（　）			
部屋希望	□個室（1日￥6,000＋税）　□個室（1日￥4,000＋税）　□大部屋			
要介護認定または障害区分	□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			
	担当者名：			
備考				

医療法人伸和会延岡共立病院　地域医療連携室
TEL：0982-33-3268　FAX：0982-21-5700

20201101新規