地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

(医)創造会 平和台病院 患者支援センター TEL:04-7189-1111(代) FAX:04-7189-1151

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	
		緊急時	
かかりつけ医院		医師名	
主病名			
入院希望の理由			
入院希望の期間	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 ☐喀痰吸引 ☐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 ☐嚥下障害あり ☐嚥下障害なし 食事の内容( ) 経管栄養(内容: 1回量: mL 回数: 回/日)		
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( )		
睡眠状況	☐良眠 ☐不眠(夜間せん妄 ☐あり ☐なし) 眠剤使用 ☐あり (薬品名) ☐なし		
家族状況	☐独居 ☐高齢者世帯 ☐同居家族あり( ) 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( )		
リハビリテーション	☐希望しない (理由)		
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8,800円税込み) ☐個室(1日8,250円税込み) ☐大部屋		
交通手段	☐自家用車 ☐介護タクシー ☐その他( )		
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:		
申込者名	(続柄)		
備考			

令和 年 月 日

注) ベットの空き状況により、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。