

レスパイト入院申込書

申込日 年 月 日

医療法人彰療会 大正病院 地域連携室担当

宛

FAX：06-6556-0755

フリガナ			性 別	生 年 月 日	
患者氏名			○男 ○女	○大 ○昭 ○平	
				年	月 日
住 所	〒			自宅	
				携帯	
キーパーソン	続柄 ()			携帯	
医療機関名 (かかりつけ医)			医師名		
			電話番号		
主 病 名					
入 院 希 望 理 由					
入 院 希 望 期 間					
直近3ヶ月の入院歴	☐ なし ☐ あり→西暦 年 月 日 ～ 年 月 日				
退 院 先	☐ 自宅 ☐ 施設(施設名)				
医 療 行 為	☐ なし ☐ 褥瘡処置 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 輸液				
	☐ 酸素(L/M) ☐ 気管切開 ☐ 麻薬の管理				
	☐ その他)				
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介		嚥下障害 (☐ あり ☐ なし)		
	☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ 軟食 ☐ その他 (				
	☐ 注入 (商品名：		注入回数： 回/日)		
	食物アレルギー ☐ 無し ☐ 有り(食品名：)				
排 泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ バルンカテール ☐ ストーマ				
移動・身体状況	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行 ☐ 車いす ☐ 全介助				
精 神 状 況	☐ 安定 ☐ 認知 ☐ 不穏 ☐ 夜間不眠 ☐ 問題行動 (→詳細は備考欄へご記入下さい)				
部 屋 希 望	☐ 個室(有料) (※1) ☐ 総室 ☐ どちらでも可				
健 康 保 険	☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期高齢 ☐ 生活保護				
介 護 保 険	☐ 有介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ☐ 無				
担 当 ケアマネジャー	事 業 所				
	担 当 者		様	TEL	
申 込 者	☐ CM ☐ 訪問看護 (事業所名 担当者)				
備 考					

- ・(※1) 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。
- ・かかりつけ医からの診療情報提供書とセットでFAXしてください。
- ・入院希望日の1ヶ月前からの申込みとなります。

当院記入欄

☐ 病客課確認