地域包括ケア病棟（レスパイト入院）予約申込書

協和会病院　地域医療福祉連携室　　FAX：06−6339−9889

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	
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	平成　年　月　日 から 平成　年　年　日			
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	□自立　□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	□トイレ（ 自立・介助 ）　□ポータブルトイレ　□オムツ　□導尿 □フォーレカテーテル（　Ｆｒ・交換日《 ／ 》）□その他（　）			
身体状況	□全介助（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　□訪問入浴車　□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（　）			
部屋の希望	□大部屋　□個室			
感染症	□なし　□あり（　）			
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：			
その他				