

レスパイト入院申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別		明・大・昭
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 —			
電話番号	(自宅)		(携帯)	
かかりつけ医				
主病名				
入院希望の理由				
入院希望時期	年 月 日頃 ~ 年 月 日頃			
※	※入院日はご希望に沿えない事もありますので、ご了承ください。 ※入院期間は、最大2週間までとなっております。			
医療処置	☐ 褥瘡処置 ☐ たん吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻注入 ☐ バルン管理 ☐ ストーマ管理 ☐ 気管切開 ☐ 酸素 ☐ その他(			
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 必要な自助具(食事の内容() 副食形態(朝 ☐ パン ☐ 粥 嚥下障害 ☐ あり ☐ なし 水分トロミ ☐ あり ☐ なし			
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ バルンカテーテル ☐ その他(			
身体状況	☐ 寝たきり状態(エアマット ☐ 有 ☐ 無) ☐ 車椅子乗車可能 ☐ 歩行可能 ☐ その他(			
精神状態	☐ 不穏状態あり ☐ 認知症状あり ☐ その他(			
感染症	☐ なし ☐ あり(			
部屋の希望	☐ 多床室 ☐ 個室(6050円/日)			
要介護認定	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) ☐ 介護保険申請なし			
事業所	事業所名: 電話番号: ケアマネージャー:			
その他 特記事項				

送信元:

向山病院 令和2年 8月作成