

レスパイト申込シート

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	男・女
患者名			年 月 日 (歳)	
患者住所	〒		TEL ()	
連絡先				
健康保険	有 ・ 無 ・ 生保			
紹介元 医療機関	医療機関名・科： 住所 〒 TEL: () FAX: () 依頼医師名：			
診断名				
紹介理由				
酸素使用	無 ・ 有 (酸素 L)			
N P P V	無 ・ 有			
認知症上	無 ・ 有 (程度)			
A D L	フリー ・ トイレ歩行程度可能 ・ 車椅子 ・ ベッド上			
食 事	介助不要 ・ 介助要 ・ 食事摂取困難 ・ 胃瘻 ・ I V H			
排 泄	自立 ・ ポータブル ・ オムツ バルーン			
感 染 症	MRSA：無・有 (検査日： 年 月 日) 緑膿菌：無・有 (検査日： 年 月 日)			
入 院 希 望 日	令和 年 月 日 ()		時 入院	
退 院 希 望 日	令和 年 月 日 ()		時 退院	
部 屋 希 望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室			
要 介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (要支援1・2) (要介護1・2・3・4・5)			
ケアマネージャー	事業所名 () 担当者名 () 連絡先 ()			
リハビリ利用	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T) ※直近1Wの実施状況 (回) <input type="checkbox"/> 無			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 入所 (施設：)			
搬送方法 備 考	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			

※本レスパイト入院連絡票とともに、診療情報提供書をFAXにてお送りください。
 ※ご不明な点などございましたら、下記へお問い合わせください。

医療法人 りんどう会 向山病院 地域医療連携室

TEL : 072-855-3700 (直通)

FAX : 072-855-1231 (直通)

〒573-1133 大阪府枚方市招提元町1丁目43-6