

レスパイト入院申込書

宮崎病病院 地域連携室行き (FAX : 0957-25-7053)

記載日 年 月 日

患者氏名	(歳) キーパーソン	(氏名) (続柄) (電話番号)
かかりつけ医		
治療中の病気		
入院希望理由		
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日	
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ(弱・中・強) <input type="checkbox"/> 経管栄養
	<input type="checkbox"/> 見守り	禁止食物 ()
	<input type="checkbox"/> 部分介助	介護上のポイント
	<input type="checkbox"/> 全介助	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	<input type="checkbox"/> 見守り	夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	<input type="checkbox"/> 部分介助	介護上のポイント
	<input type="checkbox"/> 全介助	
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立	移動 : <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	<input type="checkbox"/> 見守り	清潔 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 部分介助	更衣 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 全介助	介護上のポイント
コミュニケーション	(発語) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (構音障害) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (意思疎通) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 コミュニケーションを上手く取るポイント	
精神状態	認知機能低下・認知症 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不隠行動なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に:) 落ち着かせるためのポイント	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 眠剤 あり・なし 服薬のポイント	
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に:)	
本人の性格、趣味		
1日の過ごし方	----- 0時 24時	
ケアプラン事業所	事業所 : 電話番号 : 担当CM :	