

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

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平
患者氏名			年 月 日 歳
キーパーソン	(氏名)	(続柄)	(電話番号)
病名			
かかりつけ医			
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"/> とろみ付	
	<input type="checkbox"/> 見守り	禁止食物 ()	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 制限食 () <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻)	
	<input type="checkbox"/> 全介助	CV・ポート <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<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	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> ストーマ	
	<input type="checkbox"/> 全介助		
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立	移動 : <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 寝たきりで動きなし	
	<input type="checkbox"/> 部分介助		
	<input type="checkbox"/> 全介助		
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		
精神状態	認知機能低下・認知症 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 不隠行動あり (具体的に:)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: 大きさ: 処置:)		
	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/分 マスク・カニューレ)		
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理 薬品名 () <input type="checkbox"/> 投与時間 ()		
	<input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> インスリン 薬品名 () 単位 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
特記事項			
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (要介護 要支援)		
ケアプラン事業所	事業所 : 電話番号 : 担当CM :		