

レスパイト入院申込書

年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平
氏名			年 月 日（ 歳）
住所		電話番号	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	年 月 日（ ）（ : ） ～ 年 月 日（ ）（ : ）		
送迎方法	自家用車 介護タクシー その他（ ）		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻・経管栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素（ L） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ゼリー 水分：とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> アレルギーあり（ ） <input type="checkbox"/> アレルギーなし		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）		
移動	<input type="checkbox"/> 寝たきり（ <input type="checkbox"/> エアマット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 車いす可能 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器などで歩行可能 <input type="checkbox"/> 独歩		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠（眠剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）		
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症あり（症状： ） <input type="checkbox"/> 不穏行動あり（ <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ）		
感染症	<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室（1日 4400円／税込み）		
その他			
要介護認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請中		
ケアマネジャー	事業所 担当者名		

ご入院までに、上記内容に変更ありましたら、ご連絡お願い致します。