レスパイト入院申込書

総合リハビリテーションセンターみどり病院
地域医療連携室宛　FAX：025-244-0150

フリガナ		生年月日	T・S・H　年　月　日（　歳）	
患者氏名				
住所			連絡先	
キーパーソン氏名	続柄		連絡先	
主病名 入院目的				
入院希望期間	年　月　日 ～　年　月　日			
かかりつけ医				
要介護認定/障害区分認定	□要支援（　）　□要介護（　）　□障害区分（　）			
特定医療費(指定難病)受給証	□有　（難病名：　）　□無			
利用中サービス	訪問診療　・訪問看護　・訪問介護　・通所介護　・短期入所 訪問リハビリ　・通所リハビリ　・福祉用具　・その他（　）			
リハビリの希望	□有　（在宅でのリハビリ頻度：　/週　）　□無			
担当ケアマネジャー	事業所： 担当者：　電話番号：			
医療処置	□褥瘡　□吸引（回数：　/日）　□気管切開 □人工呼吸器（機種名：　）　□在宅酸素（機種名：　） □経管栄養（胃瘻・経鼻・腸瘻）　□点滴（末梢・中心静脈栄養）　□その他（　）			
食事	□自力摂取　□一部介助　□全介助 □米飯　□粥　□常食　□きざみ食　□ミキサー食　□ペースト食 □嚥下障害あり　□嚥下障害なし □経管栄養（内容：　白湯：　ml　）1回量：　ml　回数：　回/日 □その他（　）			
排泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ　□ストマ　□カテーテル留置　□導尿			
身体状況	□独歩　□杖　□歩行器　□車椅子　□リクライニング □寝たきり　（褥瘡予防マット：要　・　不要　）			
精神状態	□認知症（　有　・　無　）（症状があれば〇：妄想・幻覚・興奮・うつ・不安・睡眠障害） □その他　（　）			
感染症	□なし　□あり（　）			

記入日：　年　月　日	
申込者：	申込医療機関事業所名：