

地域包括ケア病棟（レスパイト入院）予約申込書

真療会 野田病院 医療相談室宛て FAX：04-7129-5873

フリガナ		男	生年月日	大正・昭和・平成・令和		
患者氏名		女		年 月 日（ 歳）		
住所	〒	連絡先名		（続柄）		
		電話番号				
医療機関名 （かかりつけ医）			医師名			
			電話番号			
病名（主病名）						
入院希望の理由						
入院希望期間	令和 年 月 日 時から令和 年 月 日 時まで					
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名：）					
医療行為 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒	<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 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素					
	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（機種名：） <input type="checkbox"/> その他（）					
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	食事の内容（）					
	経管栄養（内容： 1回量： ml 回数： 回/日）					
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり	<input type="checkbox"/> 嚥下障害なし				
排泄：最終排便 （ / ）	<input type="checkbox"/> トイレ（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿					
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（Fr・交換日《 / 》） <input type="checkbox"/> その他（）					
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態（褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 タイプ：）					
	<input type="checkbox"/> 車椅子移乗可 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他（）					
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴車 <input type="checkbox"/> デイサービス（最終入浴日 / ）					
精神状況など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他（）					
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> A個室（1日¥9720 税込み） <input type="checkbox"/> B個室（1日¥5400 税込み）					
その他						
要介護認定または 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	<input type="checkbox"/> 障害支援区分（） <input type="checkbox"/> その他（）					
ケアプラン作成	事業所名：			電話番号		
	担当者名：					
申し込み者名						

令和元年5月