地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

(医)創造会 平和台病院 患者支援センター　TEL:04-7189-1111(代)　FAX:04-7189-1151

フリガナ		男	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名		女		年　月　日(　　歳)
住所	〒		連絡先	
			緊急時	
かかりつけ医院			医師名	
主病名				
入院希望の理由				
入院希望の期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日			
退院先	□自宅　□施設(施設名:　)			
医療行為	□褥瘡処置　□喀痰吸引　□麻薬の管理　□胃瘻　□腸瘻　□点滴　□在宅酸素 □気管切開　□人工呼吸器(機種名:　)　□その他(　)			
食事	□自力摂取　□一部介助　□全介助　□嚥下障害あり　□嚥下障害なし 食事の内容(　) 経管栄養(内容:　1回量:　mL　回数:　回/日)			
排泄	□自力歩行でトイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ　□導尿 □Baカテーテル(　Fr ・ 交換日　/　) □その他(　)			
睡眠状況	□良眠 □不眠(夜間せん妄 □あり □なし) 眠剤使用 □あり (薬品名　) □なし			
家族状況	□独居　□高齢者世帯　□同居家族あり(　) その他(　)			
身体状況	□寝たきり(褥瘡マット使用　□有　タイプ:　□無) □車椅子移動　□杖歩行　□歩行可能　□その他(　)			
リハビリテーション	□希望しない　(理由　)			
清潔	□清拭　□入浴介助　□訪問入浴　□デイサービス (最終入浴日　/　)			
精神状況など	□不穏状態あり　□認知症あり　□その他(　)			
部屋希望	□個室(1日8,800円税込み)　□個室(1日8,250円税込み)　□大部屋			
交通手段	□自家用車　□介護タクシー　□その他(　)			
要介護認定または障害区分	□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 □障害区分(　) □　その他(　)			
ケアプラン作成	事業所名:　電話番号			
	担当者名:			
申込者名	(続柄　)			
備考				

令和　年　月　日

注) ベットの空き状況により、お部屋や期間などご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。