

レスパイト入院(地域包括ケア病棟利用)申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			
氏名	男 女	生年月日	西暦 年 月 日(歳)
申込者(家族)	(続柄)	連絡先	① ②
患者住所			
入院目的	<input type="checkbox"/> レスパイト入院 <input type="checkbox"/> レスパイト入院を目的とした一般入院(リハ希望・検査希望)		
希望期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日(※14日以内です)		
傷病名			
処方内容	※お薬手帳のコピー添付でも構いません		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位と大きさ 処置内容) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻・腸ろう)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※記載必須 食事形態 主食: 副食:) <input type="checkbox"/> 経管栄養(栄養剤) <input type="checkbox"/> 嚥下障害(あり・なし)		
排泄	<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"/> バルーン(尿管) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()		
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行(フリーハンド・杖・歩行器・つたい) <input type="checkbox"/> 車いす 乗り移り(自立・一部介助・全介助) 操作(自走可能・介助)		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠(眠剤利用 あり・なし)		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状:)		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋(1日2,000円 or 3,000円) <input type="checkbox"/> 個室(1日10,000円)※税別です		
要介護度 または 障がい者区分	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 障がい者区分 1・2・3・4・5・6		
在宅主治医	医療機関名	医師名	
担当CM	事業所名:	担当者名:	

医療法人社団綾和会 間中病院

※レスパイト入院を利用できる方は、在宅主治医が同意している方に限ります。

※申し込み書は、原則的には、ご本人・ご家族が記載してください。 困難な場合は、その限りではありません。

※作成後は、間中病院 地域医療連携室直通FAX0465-43-8812へ送付してください。

FAXがない場合は、郵送してください(〒250-0012 小田原市本町4-1-26 地域医療連携室宛)

(病院記入欄)

入院予定日	主治医	病棟	退院日
月 日() :	Dr	3F・4F	月 日() :