



レスパイト入院申込書

我孫子つくし野病院病院 医療相談室宛

TEL : 04-7184-2211

FAX : 04-7182-0297

申込日	年 月 日	申し込み者	(続柄)
ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名			年 月 日
住所	〒	連絡先	
		緊急連絡先	
キーパーソン	氏 名	続柄	連絡先
医療機関名 (医師名)		電話番号	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
主病名・既往歴			
入院希望理由			
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
医療行為	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 () <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> Baカテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 (CVポート) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()		
食事	<input type="checkbox"/> 自力で摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容 () 経管栄養 (内容:) <input type="checkbox"/> 嚥下障害有り <input type="checkbox"/> 嚥下障害無し		
排泄	<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ可 <input type="checkbox"/> 一部介助でトイレ可 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> Baカテーテル (Fr・交換日 /) <input type="checkbox"/> スマ		
身体状況	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 杖歩行・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 普段は介護施設		
精神疾患	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
個室希望の有無	<input type="checkbox"/> 多床部屋 <input type="checkbox"/> 個室 (有料)		
介護保険 障害者申請	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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"/> 障害者区分 () その他 ()		
担当ケアマネージャー	事業所名:		担当者名:

*当院ベッドの空き状況により、お部屋や希望時期などご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。