

地域包括ケア病棟入院申込書(レスパイト入院)

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏 名					
生年月日	大・昭・平・令／西暦 年 月 日 (歳)				
住 所	(〒 -)				
電 話 (自 宅)	()	電 話 (携 帯)	()		
傷病名					
既往歴					
入院面談希望日：第一希望 月 日 第二希望 月 日					
キーパーソン：(続柄) 氏名： 電話番号 ()					
退院先： <input type="checkbox"/> 自宅					
介護認定・社会保障制度利用状況： <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障手帳 () 級 <input type="checkbox"/> その他 ()					
ケアマネージャー：事業所名 () 担当者 () 電話番号 ()					
訪問看護ステーション：事業所名 () 担当者 () 電話番号 ()					
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引(頻度：) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位：) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (ℓ/min) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()				
薬の内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー <input type="checkbox"/> その他				
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器具 () <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)				
排 泄	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)				
食 事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 食事形態 () <input type="checkbox"/> 水分のみとろみあり <input type="checkbox"/> 食事のとろみあり				
身体症状等	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知機能障害 <input type="checkbox"/> 問題行動あり (<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ())				
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
その他	<input type="checkbox"/> ケアの注意点 ()				

※ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません。