

レスパイト入院申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 ^{恩賜}財団 広島県済生会

【ご紹介元】

済生会 呉 病院

所在地

名称

担当者

tel 0823-21-1601 (代表)

tel 0823-21-1616 (地域医療連携室直通)

fax 0823-20-0580 (地域医療連携室直通)

予約受付時間 平日 午前8時30分～午後5時00分

tel - -

fax - -

患者様の情報	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
	現住所	〒 - - 電話(- -)		
	家族氏名	関係()	家族電話番号	
	かかりつけ医			
傷病名				
入院時の注意点				
入院希望理由				
要介護認定または障害区分				
入院希望期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
退院先 ※施設の場合は種別・施設名をご記入ください				
医療行為 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法()L <input type="checkbox"/> 喀痰吸引()回/日 <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位() <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 導尿()回/日				
身体機能 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 褥瘡マット使用				
食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> セッティング(要・不要) <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"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 導尿 <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"/> その他()				
精神状態 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし ※ 認知症の症状をご記入ください()				
感染症 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし				
その他				