

# レスパイト入院 予約申込書

(送信先: 木村病院 地域医療連携室 宛 FAX 092-642-4878 )

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成	
患者氏名		年	月	日 ( 歳 )
住 所	〒	連絡先		
		緊急連絡先		
かかりつけ 医療機関名		医師名		
		電話番号		
主病名		発症日	年	月 日
入院希望 期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名: )			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: 処置内容: ) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴(末梢・中心静脈) <input type="checkbox"/> 在宅酸素(体動時: L、安静時 L) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 気管切開(カニューレタイプ サイズ( )) <input type="checkbox"/> その他( )			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養(内容 1回量: ml 回数: 回/日 ) <input type="checkbox"/> PEG(種類 )			
排泄	<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿( 回/日 ) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル( Fr 交換日: / ) <input type="checkbox"/> その他( )			
移動手段	<input type="checkbox"/> ベッド移動 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 歩行(杖・歩行器・独歩) <input type="checkbox"/> その他			
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 特浴 最終入浴日( / )			
精神状況	認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 精神疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 問題行動 <input type="checkbox"/> 有(大声を出す・暴力行為・不潔行為・徘徊) <input type="checkbox"/> 無			
その他	感染症 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無 アレルギー <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室トイレあり(1日:4400円) <input type="checkbox"/> 特室(1日11000円) ※空き状況によりご希望のお部屋が難しい場合があります			
介護認定又 は障害区分	<input type="checkbox"/> 介護保険なし <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"/> 障害区分( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他( )			
ケアプラン 作成者	事業所名:	電話番号:	担当ケアマネ:	

## 備考

- 1.かかりつけ医からの診療情報提供書をお願い致します。困難な場合は当院外来にて診察をおこないます
- 2.患者さまの状態や病床稼働状況により、一般病床に入室していただく場合や入院をお断りさせていただく場合があります。またご希望のお部屋をご用意できない場合もあります。
- 3.入院申し込みは来院希望日の2週間前までの、平日 8:30~17:00にお願い致します