

レスパイト入院 予約申込書(案)

記入日 令和 年 月 日
 記入者

氏名	男・女 M・T・S・H 年 月 日 歳 様 身長 cm 体重 kg
住所	〒 TEL:
家族状況	家族構成: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他() キーパーソン氏名() 続柄() 住所() 連絡先(自宅:) 携帯()
医療機関名	医師名:
主病名	
入院希望理由	
入院希望期間	年 月 日() ~ 年 月 日() ※14日以内
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
食 事	経口 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 むせ込み (<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) 形態 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥(全分) <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養) (<input type="checkbox"/> 特別食 食(kcal たんぱく質 g 脂質 g 塩分制限 g) 経管栄養 (種類: 投与量: 白湯量:) 義歯 (<input type="checkbox"/> あり (上歯・下歯) <input type="checkbox"/> なし)
排 泄	便意 (<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) 尿意 (<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)
尿	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ)
便	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ)
起 立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 不可
移 動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具)
入 浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 一般浴)
視力障害	<input type="checkbox"/> 全 盲 <input type="checkbox"/> 見えるが不完全 <input type="checkbox"/> 空間無視 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> なし
聴力障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> なし
意思表示	<input type="checkbox"/> 不 可 <input type="checkbox"/> 基本的欲求のみ可 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 構音障害
話の理解	<input type="checkbox"/> 不 能 <input type="checkbox"/> まれに理解あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 失語症
機能障害	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 四肢麻痺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 関節拘縮) <input type="checkbox"/> なし
意識障害	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 混濁) <input type="checkbox"/> なし
ナースコール	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 不 可能
認知症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> な し 程度 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度) (HDS-R: 点/30点 <input type="checkbox"/> 記憶力低下 <input type="checkbox"/> 記銘力障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害)
問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想・幻覚 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 酸素(L) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> パースメーカー <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 吸引 (回/ 時間) <input type="checkbox"/> インシュリン(回/日 単位) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ 交換日 月 日) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他
介護保険 情 報	申請: <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請済み(要支援・要介護) 事業所名: 担当介護支援専門員: