田尻ヶ丘病院 地域医療連携室行き
FAX:0294-42-0133

レスパイト入院 予約申込書

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 ☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他（ ） キーパーソン氏名（ 様） 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	☐ 自宅 ☐ その他（ ）
食　事	経口 （☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 むせ込み（☐ あり ・ ☐ なし ） 形態 （☐ 常食 ☐ 粥（ 全 分）☐ 嚥下食 ☐ きざみ ☐ ペースト ☐ 流動食 ☐ 経管栄養 ） （☐ 特別食 食（ kcal たんぱく質 g 脂質 g 塩分制限 経管栄養 （ 種類： 投与量： 白湯量： ） 義歯 （☐ あり（ 上歯 ・ 下歯 ） ☐ なし ）
排　泄	便意 （☐ あり ・ ☐ なし ） 尿意 ☐ あり ・ ☐ なし ）
尿	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 （☐ ポータブルトイレ ☐ トイレ ）
便	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 （☐ ポータブルトイレ ☐ トイレ ）
起　立	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 ☐ 不可
移　動	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 （☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 装具 ）
入　浴	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立 （☐ 機械浴 ☐ 一般浴 ）
視力障害	☐ 全　盲 ☐ 見えるが不完全 ☐ 空間無視 （☐ 右 ☐ 左 ） ☐ なし
聴力障害	☐ あ　り ☐ 大きな声で聞こえる ☐ なし
意思表現	☐ 不　可 ☐ 基本的欲求のみ可 ☐ 普通 ☐ 構音障害
話の理解	☐ 不　能 ☐ まれに理解あり ☐ 普通 ☐ 失語症
機能障害	☐ あ　り （☐ 四肢麻痺 （☐ 右 ☐ 左 ） ☐ 関節拘縮 ） ☐ なし
意識障害	☐ あ　り （☐ 昏迷 ☐ 傾眠 ☐ 混濁 ） ☐ なし
ナースコール	☐ 可　能 ☐ 不可能
認知症状	☐ あ　り ☐ な　し 程度（☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ） （ HDS－R： 点／30点 ☐ 記憶力低下 ☐ 記銘力障害 ☐ 見当識障害 ）
問題行動	☐ 徘　徊 ☐ 奇声 ☐ 暴力 ☐ 暴言 ☐ 昼夜逆転 ☐ 妄想・幻覚 ☐ その他（ ）☐ なし
感染症	☐ MRSA ☐ 疥癬 ☐ 緑膿菌 ☐ ワ氏 ☐ HCV ☐ HBV ☐ その他（ ）☐ なし
医療処置	☐ 点滴管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 経管栄養 （☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ） ☐ 酸素（ L ） ☐ 気管切開 ☐ ペースメーカー ☐ ストーマ ☐ 吸引（ 回／ 時間 ） ☐ インスリン注射治療用有 ☐ 留置カテーテル （ サイズ 交換日 月 日 ） ☐ 褥瘡（部位： ☐ その他
介護保険情　報	申請：☐ 未申請 ☐ 申請済み（要支援・要介護 ） 事業所名： 担当介護支援専門員：