レスパイト入院　予約申込書

くみやま岡本病院　地域連携室宛　　FAX：０７７４－５１－３１６７

ID

申込者名			
フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日　　年　　月　　日　　歳
住所	TEL:		
キーパーソン①	氏名：　　続柄	TEL:	
キーパーソン②	氏名：　　続柄	TEL:	
かかりつけ医	医師名：	TEL: FAX：	
主病名			
担当ケアマネージャー	事業所： 担当者：	TEL： FAX：	
要介護認定 又は障害区分	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ □新規申請中　□区変申請中　□無　□障害区分（　　）		
入院希望理由			
入院希望期間	年　月　日（　）～　年　月　日（　）		
部屋希望	□総室　□個室（11000円/日）　□特室（21000円/日）		
医療処置	□褥瘡（　　）　□処置（　　） □吸引（　　回/日）　□酸素（カニューラ・マスク　　ℓ） □気管切開　□人工呼吸器（機種名：　　）（設定：　　） □血糖測定（　　回/日）　□インスリン注射（　　） □バルーンカテーテル　□ストーマ		
アレルギー			
食事	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□嚥下障害 主食：□米飯　□軟飯　□全粥　副食：□普通　□１口大　□刻み　□トロミ □注入食（商品名：　　）注入回数（　　）		
移動・身体状況	□独歩　□杖　□歩行器　□車椅子　□寝たきり □見守り　□軽介助　□一部介助　□全介助 □エアマット使用		
入浴	□自立　□デイサービス　□訪問入浴　□ヘルパー　□訪問看護		
排泄	□トイレ　□ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ　□リハビリパンツ　□オムツ □自立　□一部介助　□全介助　□尿意　有・無　□便意　有・無		
精神状況等	□認知症　□不穏　□夜間不眠　□問題行動（　　）		
利用サービス			
備考			

＊ベッドの空き状況によりお部屋やご期間がご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

＊ご入院までに上記内容に変更がありましたらご連絡をお願いいたします。

＊治療目的の入院ではありません。原則処方もできませんので薬・物品は必ずご持参ください。