

レスパイト入院申込書

記載日 年 月 日

ふりがな		明・大・昭・平		
患者氏名	生年月日	年 月 日	歳	
キーパーソン	(氏名)	(続柄)	(電話番号)	
病名				
かかりつけ医				
入院希望理由				
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日			
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ付き		
	<input type="checkbox"/> 見守り	禁止食物 ()		
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 制限食 ()		
	<input type="checkbox"/> 全介助	CVポート <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻)		
	栄養剤 () 注入量 () 水分 ()			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ		
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル		
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> ストーマ		
	<input type="checkbox"/> 全介助			
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立			
	<input type="checkbox"/> 見守り			
	<input type="checkbox"/> 部分介助			
	<input type="checkbox"/> 全介助			
コミュニケーション	(発語) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (構音障害) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (意思疎通) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
精神状態	認知機能低下 ・ 認知症 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 不穏行動あり (具体的に:)			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: 大きさ: 処置:)			
	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ/分 マスク ・ カニューレ)			
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理 薬品名 () 単位 ()			
	<input type="checkbox"/> 気管切開			
	<input type="checkbox"/> インスリン 薬品名 () 単位 ()			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明			
福祉用具利用状況	床ずれ防止 関連用品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に:)	ベッドサイド 関連用品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	歩行補助用品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	車椅子	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
特記事項				
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (要介護 要支援)			
ケアプラン 事業所	事業所 :		電話番号 :	
	担当ケアマネジャー :			