

レスパイト入院申し込み連絡票

申し込み日 年 月 日

ふりがな		性別		生年月日		初回	
本人氏名		男 ・ 女		年 月 日 (歳)		2回目以降	
連絡先	氏名		続柄	電話番号		家族構成	
	1 ふりがな						
	2 ふりがな						
介護保険情報		【要支援】 1 ・ 2 【要介護】 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 【未申請 ・ 申請中】					
かかりつけ医		医療機関名 () 医師名 ()					
現病歴							
既往歴							
ケアマネージャー		氏名					
		事業所名		電話番号			
入院希望日		年 月 日 曜日 ~ 月 日 曜日					
入院希望の部屋		個室 (有料) 多床室 ※空床利用の為に希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。					
医療的処置等の情報	人工呼吸器装着	なし ・ あり 機種名 ()					
	気管切開	なし ・ あり					
	酸素療法	なし ・ あり 吸入量 (L/min 経鼻 ・ マスク ・ その他)					
	喀痰吸引	なし ・ あり					
	褥瘡処置	なし ・ あり 部位・処置内容 () 体圧分散マットレスの利用 (ウレタン エアーマット その他)					
	その他の処置	なし ・ あり 処置内容 ()					
	アレルギー	食べ物 : なし ・ あり () 不明 薬剤 : なし ・ あり () 不明 その他 ()					
	ワクチン	コロナワクチン最終接種日 : 年 月 日 コロナ罹患歴 : なし ・ あり (年 月 日)					
生活介助の状況にかかわる情報	食事	経口 〈自立 ・ 介助〉 胃管チューブ〈経鼻 ・ 胃ろう〉					
		朝 :				注意点 とりみ なし ・ あり	
		昼 :					
		夕 :					
	排泄	場所 : トイレ ポータブル おむつ : 常時・夜間のみ カテーテル (Fr) 尿器使用 ストーマ					
		排便コントロールが必要な時 ()					
	移動	自力 ・ 杖 ・ ピックアップ ・ 車いす ・ ストレッチャー ・ その他 ()					
	体位変換時の注意点	なし ・ あり ()					
	清潔・更衣	洗面	自立・一部介助・全介助		清拭	自立・一部介助・全介助	
		歯磨き	自立・一部介助・全介助		洗髪	自立・一部介助・全介助	
入浴		自立・一部介助・全介助		更衣	自立・一部介助・全介助		
認知症	なし ・ あり 【コミュニケーション】良好 ・ とりづらい ・ 耳が遠い						
嗜好	喫煙歴 : なし あり 【種類 : 紙たばこ・電子タバコ】 1日 : 本 年間						

※ご家族または担当ケアマネージャーが記入してください かしま病院地域連携課 FAX 76-0352