

レスパイト入院申込書

申込者名		電話番号	
ふりがな		生年月日	明・大・昭・平成・令和 年 月 日 (歳)
患者氏名		電話番号	
住所	〒	電話番号	
キーパーソン	(続柄:)	緊急連絡先	(名前:)
かかりつけ医		主病名	
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 ※原則平日での入退院となります。		
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ たん吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃ろう ☐ 気管切開 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素 その他 ()		
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 注入食 (主食: 副食:) セッティング (☐ 要 ☐ 不要) ☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし		
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ バルーンカテーテル ☐ ストーマ その他 ()		
身体状況	☐ 寝たきり状態(褥瘡マット使用) ☐ 車いす乗車可能 ☐ 歩行可能 その他 ()		
精神状態など	☐ 認知症あり ☐ 認知症なし その他 ()		
部屋の希望	☐ 多床室 ☐ 個室	レンタル 使用希望	☐ あり ☐ なし
その他			
医療保険情報	☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 後期高齢 ☐ 生保 ☐ その他		
要介護認定	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ なし ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 申請中		
ケアマネジャー (担当者名)	事業所名: (担当者) Tel:		
訪問看護ステーション (担当者名)	事業所名: (担当者) Tel:		

ご入院までに上記内容に変更がございましたら、ご連絡のほど宜しくお願い申し上げます。