

# 地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

周南記念病院 地域医療連携室宛 FAX:0833-45-3325

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳 )
患者氏名				
住所	〒	連絡先		
		緊急連絡先		
かかりつけ 医療機関名		医師名		
		電話番号		
主病名				
入院希望の理由				
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名:                      )			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:                      ) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴(末梢・中心静脈) <input type="checkbox"/> 在宅酸素(体動時:       L、安静時:       L) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 気管切開(カニューレタイプ サイズ(                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(機種名:                      )                      ) 設定モード (                      )                      )			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容(                      ) 経管栄養(内容:                      1回量:                      ml 回数:                      回/日 )			
排泄	<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿(                      回/日) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル(                      Fr 交換日:                      /                      ) <input type="checkbox"/> その他(                      )			
移動手段	<input type="checkbox"/> ベッド移動 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 歩行 ( 杖 ・ 歩行器 ・ 独歩 ) <input type="checkbox"/> その他(                      )			
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 特浴    最終入浴日(                      /                      )			
精神状況	認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    問題行動 <input type="checkbox"/> 有(大声を出す・暴力行為・不潔行為・徘徊) <input type="checkbox"/> 無			
その他				
要介護認定 または 障害者区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害区分(                      ) <input type="checkbox"/> その他(                      )			
サービス内容				
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA(痰・便・尿・その他                      ) <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV抗原 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 不明			
ケアプラン作成	事業所名:                      電話番号: 担当ケアマネージャー名:			

※お薬手帳をお持ちでしたら添付してください。