

地域包括ケア病棟（レスパイト入院） 予約申込書

原三信病院 医療連携課

FAX：0120-863-119

フリガナ			生年月日	
患者氏名				年 月 日（ 歳）
住 所	〒	連絡先		
		緊急連絡先		
医療機関名 （かかりつけ医）		医師名		
		電話番号		
病名（主病名）				
入院希望の理由				
入院希望期間	から			
退院先	自宅 施設（施設名： ）			
医療行為	褥瘡措置 痰吸引 麻薬の管理 胃瘻 腸瘻 点滴 在宅酸素 気管切開 人工呼吸器（機種名： ） その他（ ）			
食 事	自立 一部介助 全介助 食事の内容（ ） 経管栄養（内容： 1回量： ml 回数： 回/日） 嚥下障害有り 嚥下障害なし			
排 泄	トイレ（ ） ポータブルトイレ オムツ 導尿 フォーレカテテル（Fr・交換日《 》） その他（ ）			
身体状況	全介助（褥瘡マット使用 有 タイプ： 無 ） 車椅子移動 杖歩行 歩行可能 その他（ ）			
清 潔	清拭 入浴介助 訪問入浴車 デイサービス（最終入浴日 ）			
精神状況など	不穏状態あり 認知症あり その他（ ）			
部屋の希望	大部屋 個室（1日4,000円トイレなし、1日6,000円トイレ・段差あり）			
感染症	なし あり			
要介護認定または 障害区分	要介護 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 障害区分（ ） その他（ ）			
ケアプラン作成	事業者名：		電話番号	
	担当者名：			
その他				