

地域包括ケア病棟(レスパイト)入院申込書

| | | | |
|----------|---|------|------------------------------|
| 氏名 | 男 女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳) |
| 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 | | |
| 退院先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別と施設名) | | |
| 医療行為 | <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・腸瘻・経鼻) その他() | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 胃管チューブ 食事形態(主食: 副食:) <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 その他() | | |
| 身体状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) その他() | | |
| 睡眠状況 | <input type="checkbox"/> 良睡 <input type="checkbox"/> 不眠(夜間せん妄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)) 眠剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| 精神状態など | <input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> なり <input type="checkbox"/> あり() | | |
| 家族状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり() <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 部屋の希望 | <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋(1日7,560円) <input type="checkbox"/> 個室(1日32,400円) | | |
| 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) | | |
| または障害区分 | 障害区分() | | |
| 利用サービス | <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| ケアプラン作成者 | 事業所名: 担当者名: 電話番号: | | |
| そのほか | | | |

令和 年 月 日

送信元:

