

地域包括ケア病棟 レスパイト入院申込書

医療法人輝栄会 福岡輝栄会病院 地域連携室行 FAX:092-681-3972

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
患者氏名				年 月 日 (歳)
住所			電話番号	
家族氏名	続柄()		家族連絡先 緊急連絡先	

希望理由				
入院期間	令和 年 月 日() 14:00 ~ 令和 年 月 日() 10:00			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他			
かかりつけ	医療機関名		主治医	
担当 ケアマネジャー	事業所名		担当者名	
			電話番号	
他医療機関での レスパイト 利用期間	<input type="checkbox"/> 有	医療機関名		
	<input type="checkbox"/> 無	最終利用期間		
		総利用日数		

部屋希望	<input type="checkbox"/> 多床室	<input type="checkbox"/> 個室的多床室 (950円/日)	<input type="checkbox"/> 個室 (9800円/日)								
医療行為	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 麻薬管理	<input type="checkbox"/> 痰吸引	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 点滴					
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 ()	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻)	<input type="checkbox"/> その他 ()								
感染症・ アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有									
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
	食事内容										
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
	<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"/> バルーンカテーテル							
移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助)							
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 寝たきり									
精神状態 など	障害高齢者の生活自立度		<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M		
	不穏状態	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()							
	認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()							
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()							
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 同居家族有り	()							
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5						
障害手帳 区分	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	1・2・3・4・5・6								

依頼日	令和 年 月 日
依頼者	