

# 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 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名		
		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 <b>嚥下障害</b> <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	