

地域包括ケア病床 レスパイト入院 予約申込書

 だいいちリハビリテーション病院

Fax : 088-882-6383

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	〒		TEL :	
緊急連絡先	氏名 :	続柄 :	TEL :	
かかりつけ医療機関	医師名 :			
病名 (主病名)				
入院希望理由				
入院希望期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ※14日以内			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅輸液 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 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"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり	
	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 他 ()		副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 他 ()	
	注入食：(商品名：) 注入回数： (回/日)			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> バルンカテーテル (最終交換日： /)			
移動・身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 寝たきり 褥瘡マット使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし			
精神状況など	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動など ()			
要介護認定または障害区分	<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"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 障害区分 ()			
担当ケアマネ	事業所 :		TEL:	
	担当者 :			
申込者氏名				
備考				

※ベッドの空き状況により、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。