

『レスパイト入院依頼時 確認事項』

フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 西暦 年 月 日 / 歳
患者氏名	(男・女)		
住所		電話番号	
緊急連絡先	氏名: 続柄:	電話番号	
かかりつけ 医療機関		主治医	
		電話番号	
病名(主病名)			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
来院方法	☐ 自家用車 ☐ 一般のタクシー ☐ 介護タクシー ☐ その他()		
移動	☐ 独歩 ☐ 杖・歩行器 ☐ 車イス ☐ ストレッチャー ☐ その他()		
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設 (施設名:)		
病室の希望	☐ 個室 1日12,100円 ☐ 4人部屋 1日1,100円 共に消費税込 ☐ 差額無し		
介護認定 障害区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 障害区分 () ☐ その他 ()		
意思疎通	☐ 良好 ☐ 不良 程度() 認知症: ☐ なし ☐ あり 視覚障害: ☐ なし ☐ あり 難聴: ☐ なし ☐ あり		
医療行為	☐ 酸素 (流量: ℓ/分) ☐ 痰吸引 (回/日) ☐ 気管切開 ☐ 麻薬の管理 ☐ 末梢点滴 ☐ IVH ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 褥瘡処置 (部位:) ☐ その他 ()		
食事	☐ 経口摂取 (☐ 自立 ☐ セッティング ☐ 一部介助 ☐ 全介助) 嚥下障害: ☐ なし ☐ あり 食事形態() ☐ 経管栄養 内容() 1回量(ml) 回数(回/日)		
排泄	☐ トイレ (☐ 自立 ☐ 介助) ☐ ポータブルトイレ (☐ 自立 ☐ 介助) ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ バルンカテーテル (Fr. / 交換) ☐ その他 ()		
清潔	☐ 清拭 ☐ 入浴 (自立 ・ 介助) ☐ 訪問入浴 ☐ デイサービス		
睡眠の状況	☐ 良眠 ☐ 不眠 ☐ 中途覚醒あり 眠剤使用: ☐ なし ☐ あり ()		
介護サービス	☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ヘルパー ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問入浴 ☐ ショートステイ ☐ その他 ()		
ケアプラン作成	事業所名:	電話番号:	
	担当者名:		
申し込み者名		電話番号:	
備考			

※確認後、詳細を問い合わせさせていただくことがあります。

※空床状況により、ご希望に添えないことがありますのでご了承ください。