

早田病院レスパイト入院申し込み書

| | | | | | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 入院希望日 | 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () 計 日間 | | | | |
| かかりつけ医 | | | 担当医名 | | |
| ふりがな | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳) | |
| 患者氏名 | (男・女) | | | | |
| 主病名既往 | | | 退院先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() | |
| キーパーソン | (ふりがな) | | 連絡先 | ① ② | |
| 他医療機関での入院期間 | 最終利用期間 <input type="checkbox"/> 有り 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無し 医療機関 () | | | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 点滴 () <input type="checkbox"/> 疼痛管理 () <input type="checkbox"/> 透析 (週 回 曜日) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 移動・移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 センサー使用 (有・無) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー | | | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (経口・経管栄養：胃ろう 経鼻) 食事形態 (主食： 副食：) セットアップ (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) | | | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意 (有・無) 便意 (有・無) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ | | | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 更衣・整容 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| コミュニケーション | <input type="checkbox"/> 認知症 (有・無・疑い) <input type="checkbox"/> ナースコール使用 (可・不可) <input type="checkbox"/> 指示動作 (可・不可) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 | | | | |
| 問題行動 | <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 幻聴幻視 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 部屋希望 | <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室3,300円、5,500円、10,000円 | | | | |
| 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2) (要介護 1・2・3・4・5) | | | | |
| ケアマネジャー | 事業所名 () 担当者名 () 連絡先 () | | | | |
| 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"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 入所 (施設：) | | | | |
| 備考 | | | | | |