

レスパイト入院申込書

順心神戸病院 地域連携室 FAX：078-754-8582

紹介医療機関名		担当者		連絡先	
ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		
患者氏名			年	月	日 (歳)
住所		連絡先			
ふりがな					
キーパーソンの氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主病名		緊急連絡先			
入院希望の理由					
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> その他 ()				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 (薬剤名) <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> 点滴 (薬剤名) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 () <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"/> 嚥下障害有 <input type="checkbox"/> 嚥下障害無 ()				
身体状況	寝返り : <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない 移乗 : <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 口腔ケア : <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 危険行動 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 診療上の指示が通じる : <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 通じない				
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5 () 担当者 () ()				
訪問看護	事業所 () 担当者 () () 担当者 ()				
その他					