

# 地域包括ケア病床 レスパイト入院 予約申込書

蒼生病院 地域医療連携室宛 FAX:072-885-1750

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)
患者氏名				
住所	〒	連絡先		
		緊急連絡先		
かかりつけ 医療機関名		医師名		
		電話番号		
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			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名: _____)			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位: _____) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴(末梢・中心静脈) <input type="checkbox"/> 在宅酸素(体動時: _____ L、安静時 _____ L) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 気管切開(カニューレタイプ _____ サイズ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(機種名: _____ ) 設定モード [ _____ ] [ _____ ] [ _____ ]			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助      食事内容( _____ ) 経管栄養(内容 _____ 1回量: _____ ml 回数: _____ 回/日 )			
排泄	<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿( _____ 回/日 ) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル( _____ Fr 交換日: _____ / _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
移動手段	<input type="checkbox"/> ベッド移動 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 歩行(杖・歩行器・独歩) <input type="checkbox"/> その他			
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 特浴      最終入浴日( _____ / _____ )			
精神状況	認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    問題行動 <input type="checkbox"/> 有(大声を出す・暴力行為・不潔行為・徘徊) <input type="checkbox"/> 無			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( _____ )			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室(地域包括ケア病床の場合1日8000円+税)			
介護認定又は 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"/> 障害区分( _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他( _____ )			
ケアプラン作成者	事業所名: _____		電話番号: _____	
	担当ケアマネジャー名: _____			
その他	直近3ヶ月以内に入院された病院(期間を含め)をご記入ください			

- 備考
- 1.かかりつけ医からの診療情報提供書をお願い致します。
  - 2.患者さまの状態や病床稼働状況により、一般病床に入室していただく場合があります。  
一般病床ご利用の際は、別途お部屋のご希望を伺います。
  - 3.入院申し込みは来院希望日の2週間前までの、平日08:30~17:00にお願い致します。