栗山赤十字病院　地域医療連携室　FAX　0123-72-1744

地域包括ケア病床レスパイト入院申込書

◇ご利用される方は本紙とかかりつけ医からの診療情報提供書をお願いします。
◇レスパイト入院の期間は原則 14 日以内です。
◇平日入院、平日退院となります。
◇レスパイト入院予約は、入院日の２週間前までのお申し込みとなります。

ふりがな 患者氏名		男 女	生年月日	大・昭・平・令 年　月　日　歳
患者住所			電話番号	
家族氏名①	関係（　　）		家族電話番号	
家族氏名②	関係（　　）		家族電話番号	
かかりつけ医				
主病名				
入院希望理由				
入院希望期間	年　月　日　から　年　月　日			
退院先	□自宅　□施設（種別：　施設名　）			
医療行為	□褥瘡処置　□たん吸引　□麻薬管理　□胃ろう　□気管切開　□点滴 □在宅酸素　□その他（　）			
食事	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□嚥下障害あり　□嚥下障害なし 食事内容（　）			
排泄	□トイレ　□ポータブル　□おむつ　□尿留置カテーテル　□ストマ □その他（　）			
身体状況	□寝たきり状態（褥瘡マット使用　□あり　□なし）　□車椅子乗車可能 □歩行可能　□その他（　）			
精神状態など	□不穏状態あり　□認知症あり　□認知症なし			
感染症	□なし　□あり（　）			
その他				
要介護認定 障害支援区分	□要支援（　）　□要介護（　）　申請　□済　□申請中　□未 □障害支援区分（　）			
調整実施担当	事業所名： 連 絡 先：　担当者名：			