

地域包括ケア病棟レスパイト入院予約申込書

浜松労災病院 患者支援センター FAX:053-411-0315

ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令	
			年	月 日(歳)
住所 (入院書類郵送先)	〒		電話番号	
キーパーソン氏名	患者との関係()			
かかりつけ医療機関	医師名			
	電話番号			
主病名				
入院希望の理由				
入院希望期間	年 月 日 ~		年 月 日	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別・施設名)			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 その他()			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事形状() <input type="checkbox"/> 経管栄養()			
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> フォーリーカテーテル(Fr・交換日 /)			
	その他()			
ADL状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (特殊マットレス使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能			
	<input type="checkbox"/> 歩行可能 その他()			
精神状態	認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		問題行動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
感染症	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室(無料4人部屋) <input type="checkbox"/> 多床室(2750円) <input type="checkbox"/> 有料個室(A ・ B ・ C) 詳しくはホームページで見ることができます。ご希望に添えない場合もございます。			
その他				
介護区分 障害区分				
ケアマネジャー事業所	事業所名		電話番号	
	担当ケアマネジャー			
訪問看護ステーション	事業所名		電話番号	

申込者→地域医療連携室 F A X →退院支援看護師