

聖隷富士病院 地域包括ケア病棟

レスパイト入院申込書

作成日: 年 月 日

ふりがな			
患者氏名	生年月日	大・昭・平	年 月 日 歳
住所・電話番号	住所:	電話番号:	
家族連絡先	氏名:	続柄:	電話番号:
かかりつけ医	病院名:	医師名:	
主病名			
既往歴			
入院希望期間	年 月 日 時~	年 月 日 時	
入院希望の理由			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 * <input type="checkbox"/> 胃ろう * <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 麻薬の使用 <input type="checkbox"/> 在宅酸素(リットル) <input type="checkbox"/> その他() *腸ろう・胃ろうの内容については、食事欄右横のその他欄に記載してください。↓		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の形態 (常食・キザミ・荒キザミ・軟菜・ペースト・お粥) とろみ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 嚥下障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他:(経管栄養種類・量など)	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他() 尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 最終排便:(月 日)		
日常生活動作	<input type="checkbox"/> 寝たきり(エアマット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車椅子乗車可能(<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他()	認知症診断: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 精神疾患: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 認知症症状()	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	・介護度: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・障害支援区分()	
終末期・急変時の対応	<input type="checkbox"/> ①自然な形で最期を迎えることを希望します <input type="checkbox"/> ②人工呼吸器や心臓マッサージなど積極的な治療を希望します <input type="checkbox"/> ③②までは希望しないが、一般病棟に移り、症状に合わせた標準的な治療を希望します ご家族署名(続柄:)		
現在利用中のサービス及び利用目的			
ケアプラン作成事業所名 電話番号 担当者名	*ケアプランも申込用紙と一緒に送付してください		

送信者:

* 聖隷富士病院記入欄

・以前の転倒歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
・上記、終末期・急変時の対応について確認しました。(サイン /)

* 記入モレがないことを確認する