

レスパイト入院申込書

※該当する項目に○をしてください。

国保水俣市立総合医療センター 地域医療連携室行き
TEL0966-63-2101 FAX0966-63-2167

ふりがな			生年月日	年齢	性別	希望される入院期間
患者様の氏名						～
病名・既往			入院目的			
			退院先			
キーパーソン	氏名		自宅電話			携帯電話
	続柄					
主介護者	氏名		自宅電話			携帯電話
	続柄					
ケアマネジャー	氏名 / 電話番号 ()					
利用サービス	訪問診療 訪問看護 訪問介護 訪問リハ デイサービス デイケア その他					
介護保険	総合支援事業対象者 未申請 申請中(/) 区分変更中(/)					
	要支援	1 2				
	要介護	1 2 3 4 5				
医療処置	点滴 酸素療法 喀痰吸引 気管切開 胃瘻 経鼻栄養 褥瘡 尿道カテーテル ストーマ(消化管 尿路) 疼痛コントロール 排便コントロール 自己注射(インスリンなど) その他()					
アレルギー	食物	無 有()				
	薬剤	無 有()				
ADL	現時点での状況					
移動・移乗	自立	一部介助	全介助			
	独歩	車椅子	杖歩行	歩行器	ストレッチャー	装具・補助具使用 その他()
義歯	無 有 (部分 上のみ 下のみ 総義歯)					
食 事	自立	一部介助	全介助			
	食事形態(米飯 軟飯 おかゆ 経管栄養 その他())					
入浴	自立 一部介助 全介助					
排泄	自立	一部介助	全介助			
	トイレ	ポータブルトイレ	尿器	おむつ	バルンカテーテル	ストーマ その他()
服薬管理	自立	1回配薬	飲み込むまで確認要		つぶし 脱カプ	その他()
	1包化 内服カレンダー					
療養上の問題	無 有 せん妄 不穏 徘徊 介護抵抗 不潔行為 昼夜逆転 もの忘れ 幻視幻聴 暴力 被害妄想 帰宅願望 その他()					
部屋の希望	大部屋		個室A 5500円/日(シャワー、トイレ、冷蔵庫付き)		個室B 4400円/日 (シャワー、トイレ、冷蔵庫付き)	
	個室C 2750円/日(トイレ付き)		個室D 1650円/日(トイレ無し、テレビ有料)		※ご希望に添えない場合もあります	
備考						