

レスパイト入院 予約申込書

群馬パース病院 患者支援センター宛 FAX:0278-52-2238

フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成
患者氏名	(男・女)			年 月 日 歳
住所			電話番号	
緊急連絡先	氏名:	続柄:	電話番号	
かかりつけ 医療機関			担当医師	
			電話番号	
病名(主病名)				
入院希望の理由				
入院希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 (14日以内)			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 (在宅サービス:)			
入退院時の交通手段	<input type="checkbox"/> 家族送迎 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他()			
医療行為	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 在宅酸素(流量: L/分) <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理			
	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:) <input type="checkbox"/> その他()			
食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="radio"/> 自力摂取 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助) 嘔下障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食事形態(主食: 副食:)			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 内容() 1回量(ml) 回数(回/日)			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 介助) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル (Fr. / 交換) <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> その他()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス (最終入浴日: /)			
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 認知症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 視覚障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 難聴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 中途覚醒あり 眠剤使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
要介護認定 または障害区分	<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()			
	<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"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他()			
ケアプラン作成	事業所名 :		電話番号 :	
	担当者名 :			
申し込み者名			電話番号 :	
備考				

※確認後、詳細を問い合わせさせていただくことがあります。

※ベッドの空き状況により、ご希望に添えないことがありますのでご了承下さい。