

医療療養病棟 レスパイト入院 予約申込書

北福島医療センター 地域医療連携室 TEL：024-551-0101 FAX：024-551-0104

フリガナ		男	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
患者氏名		女		
住所	〒	キーパーソン		
		緊急連絡先		
医療機関名 (かかりつけ医)		医師名		
		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			
入院時の移動手段	<input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー (車イス・ストレッチャー) <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 点滴 (末梢、中心静脈：ポート有・無) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	感染症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 発生部位 ()			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容 () 経管栄養 (内容： 1回量： ml 回数： 回/日)			
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
排泄	<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> Baカテーテル (Fr・最終交換日 /) <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> 有 タイプ： <input type="checkbox"/> ：無) <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> その他 ()			
清潔	<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 /)			
精神状況など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他 ()			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 (1日 ¥1100税込) <input type="checkbox"/> 大部屋			
要介護認定または 障害区分	<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 ()			
担当ケアマネ	事業所名：	担当者名：	電話番号：	
申し込み者名				
備考				

注) ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。