

裾野赤十字病院 レスパイト入院 申込書 兼 基礎情報用紙

FAX 送信先：055-992-0794

裾野赤十字病院 地域医療連携課 行

かかりつけ医療機関		
申込者氏名・職種	氏名	医師・訪問看護師・ケアマネージャー
申込者連絡先	TEL：	FAX：

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
病名/既往歴			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで*最長 14 日間		
入院中の緊急連絡先 キーパーソン	①キーパーソン 氏名：	(続柄 )	TEL：
	② 氏名：	(続柄 )	TEL：
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ( )		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援・要介護 ( 1 2 3 4 5 )		
ケアマネ	事業所名：	担当者名：	
	連絡先：		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他		
医療行為・処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位： 処置： ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 ( ℓ ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・腸瘻・経鼻) <input type="checkbox"/> 点滴 (CV ポート) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食：米飯 軟飯 全粥 ミキサー 副食：普通 粥菜 刻み ミキサー <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> トロミ：有・無 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 栄養剤：		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
清潔ケア	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上		
	<input type="checkbox"/> 麻痺 ( ) <input type="checkbox"/> 拘縮 ( ) <input type="checkbox"/> 言語障害 (構音障害・失語) <input type="checkbox"/> 聴力障害 (右・左) <input type="checkbox"/> 視力障害 (右・左)		
補助装具	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 補聴器 (左・右) <input type="checkbox"/> 義歯 (上・下・部分) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他	