地域包括ケア病棟　レスパイト入院　予約申込書

周南記念病院　地域医療連携室宛　FAX:0833-45-3325

フリガナ		男・女	生年月日	明治　・　大正　・　昭和　・　平成 年　　月　　日（　　歳）
患者氏名				
住所	〒		連絡先	
			緊急連絡先	
かかりつけ医療機関名			医師名	
			電話番号	
主病名				
入院希望の理由				
入院希望期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
退院先	□自宅　　□施設（施設名:　　）			
医療行為	□褥瘡処置（部位:　　）　□胃瘻　□腸瘻　□点滴（末梢・中心静脈） □在宅酸素（体動時:　　L　、安静時:　　L）　□痰吸引　□麻薬の管理 □気管切開（カニューレタイプ　サイズ（　　）　□その他（　　） □人工呼吸器（機種名:　　） 設定モード（　　）			
食事	□自力摂取　　□一部介助　　□全介助 食事内容（　　） 経管栄養（内容:　　1回量:　　ml　回数:　　回/日　）			
排泄	□自力歩行でトイレ　　□ポータブルトイレ　　□オムツ　　□導尿（　　回/日） □バルンカテーテル（　　Fr　交換日:　　／　　）　□その他（　　）			
移動手段	□ベッド移動　□車椅子移動　　□歩行　（　杖　・　歩行器　・　独歩　）　□その他（　　）			
清潔	□入浴介助　　□特浴　　最終入浴日（　　／　　）			
精神状況	認知症　□　有　□　無　　問題行動　□　有（大声を出す・暴力行為・不潔行為・徘徊）　□　無			
その他				
要介護認定または障害者区分	□要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 □障害区分（　　）　□その他（　　）			
サービス内容				
感染症の有無	□結核　□MRSA（痰・便・尿・その他　　）□HBs抗原　□HCV抗原　□梅毒　□不明			
ケアプラン作成	事業所名:　　電話番号: 担当ケアマネージャー名:			

※お薬手帳をお持ちでしたら添付してください。