

レスパイト入院依頼書

神戸救済会病院 地域医療連携室行き FAX078-781-7300

申込日	年 月 日	申込者氏名	(続柄)
ふりがな 患者氏名	(あれば当院ID番号)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	電話番号		
キーパーソン (必ず2名)	(続柄)	電話番号 携帯番号	
	(続柄)	電話番号 携帯番号	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	年 月 日 時頃	~	年 月 日 時頃
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別と施設名)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> たん吸引 (<input type="checkbox"/> 気管切開) <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 点滴 (<input type="checkbox"/> CVポート) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし 食事の内容・形態()		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ() <input type="checkbox"/> その他()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車イス乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> その他()		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 不隠状態あり <input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4床室 <input type="checkbox"/> 個室(1日11000円+税)		
その他			
要介護認定 または障害区分	<input type="checkbox"/> 介護認定なし 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 障害認定なし <input type="checkbox"/> 障害認定あり (障害・ 級)		
ケアプラン作成 事業所名 担当者名		電話番号 (FAX)	()