

地域包括ケア病棟 レスパイト入院予約申込書

岡村病院 FAX：0982-21-5362(地域連携室行)

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	
患者氏名				年 月 日 (歳)	
住所	〒		電話番号	自宅： 携帯：	
家族氏名	続柄：		連絡先		
かかりつけ 医療機関			主治医		
			電話番号		
入院希望理由					
入院希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日 ※14日以内とします。				
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設(施設名：)				
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ たん吸引 ☐ 麻薬管理 ☐ 胃婁 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素 ☐ その他()				
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし		
	食事形態	主食： ☐ ご飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ その他()			
		副食： ☐ 普通 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ その他()			
		☐ 経管栄養(商品名： 注入回数： 回/日)			
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ バルーンカテーテル				
身体状況	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他() ☐ 寝たきり 褥瘡予防マット使用 ☐ 有 ☐ 無				
精神状況	☐ 認知症 ☐ 夜間不眠 ☐ 問題行動()				
要介護認定 障害区分	☐ 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()				
家族状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 同居家族あり				
部屋の希望	☐ 多床室(無料2人・4人部屋) ☐ 特室(5500円/日) ☐ 有料個室(A・B・C) 詳細はHPをご参照ください。ご希望に添えない場合もございます。				
担当事業所	事業所名：		電話番号：		
	担当ケアマネジャー：				
訪問看護 ステーション	事業所名：		電話番号：		

依頼日	年 月 日			
依頼者名			連絡先	