

レスパイト入院申込書

紹介元医療機関・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所	
機 関 名	
所 在 地	
かかりつけ医療機関	
申し込み氏名・職種	氏名 ☐ 医師 ☐ 訪問看護師 ☐ ケアマネジャー
申込者連絡先	電話番号 FAX番号

レスパイト入院対象者			
フリガナ		男	生年月日 大・昭・平 年 月 日
患者氏名		女	年齢 歳
住 所	〒 ー	電話番号	ー ー
家族氏名	(続柄)	連絡先の 電話番号	ー ー
現病歴			
入院理由			
希望期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()		
部屋希望	☐ 多床室 ☐ 個室		
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設 (施設名)		
介護保険	☐ 申請未 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 認定済： ☐ 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		

現在の状態※	
医療行為	☐ 人工呼吸器 ☐ NIPPV ☐ 気管切開 ☐ 酸素療法 ☐ 痰吸引 ☐ 点滴 (留置部位：) ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸瘻 ☐ 食道瘻) ☐ インスリン注射 ☐ 麻薬管理 (☐ 内服 ☐ 注射) ☐ 人工肛門 (部位 処置内容) ☐ 褥瘡 (部位 処置内容) ☐ その他 ()
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 嚥下障害 ☐ 無 ☐ 有 食事内容 義歯 ☐ 無 ☐ 有 ()
排 泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ 尿道カテーテル (種類) ☐ その他 () 介助 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 一部介助 ☐ 全介助)
清潔・回数	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭 回/週
移 動	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 車いす (☐ 自走・ ☐ 介助) ☐ ベッド (ストレッチャー)
認知症	☐ 無 ☐ 有 ()
感染症	☐ 無 ☐ 有 (☐ HB ☐ HCV ☐ HIV ☐ その他 () (感染症部位：) MRSA・耐性菌 ☐ 無 ☐ 有
薬の内容	お薬手帳の持参・コピーまたは診療情報提供書内容でもよろしいです
その他	入院に際して気になることなど