

地域包括ケア病棟 レスパイト入院 申込書

新八街総合病院 医療連携室

TEL:043-443-7311

FAX:043-440-0265

ID:

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	〒 TEL:			
緊急連絡先	氏名:	続柄:	TEL:	
かかりつけ 医療機関名	医師名:			
病名(主病名)				
入院希望理由				
入院希望期間	令和 年 月 日() から 令和 年 月 日()			
移送方法	☐ 介護タクシー ☐ 自家用車 ☐ その他()	個室希望	☐ 無 ☐ 有	
		レンタルリース利用	☐ 無 ☐ 有	
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設(施設名:) ☐ その他()			
医療行為	☐ 褥瘡(部位:) ☐ 吸引(回/日) ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻 ☐ 在宅輸血 ☐ 在宅酸素(ℓ) ☐ 気管切開 ☐ インスリン(薬剤名: 回/日) ☐ 人工透析(月水金:火木土 病院名:) ☐ その他()			
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 嚥下障害なし ☐ 嚥下障害あり	
	主食	☐ 米飯 ☐ 全粥	副食	☐ 常菜 ☐ その他()
	注入食(商品名:)		注入回数: 回/日)	
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ (自立・一部介助・全介助) ☐ オムツ ☐ ストーマ			
	☐ バルーンカテーテル(Fr) 最終交換日(月 日)			
移動・身体状況	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり ☐ その他()			
精神状況など	☐ 認知症 ☐ 不穏 ☐ 夜間不眠 ☐ 問題行動など()			
保険情報	☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 後期高齢者(割) ☐ 生保 ☐ 重症心身障害者受給券 ☐ その他			
介護度	☐ 未申請 ☐ 申請中(月 日申請) ☐ 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			
担当 ケアマネージャー	事業所:		TEL:	
	担当者:			
申し込み者名	続柄:			
備考				

* ベットの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

* 当日は紹介状・マイナンバーカード又は健康保険証・(お持ちの方は)当院診察券・お薬手帳・公費医療証
現在使用している処方薬・経管栄養剤・ストマなどの医療材料の持参をお願い致します。