レスパイト入院(地域包括ケア病棟利用)申込書

申込日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	西暦 年　　月　　日(　　歳)
氏名	男 女		
申込者(家族)	(続柄)	連絡先	① ②
患者住所			
入院目的	□ レスパイト入院　□レスパイト入院を目的とした一般入院(リハ希望 ・ 検査希望)		
希望期間	令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日(※14日以内です)		
傷病名			
処方内容	※お薬手帳のコピー添付でも構いません		
医療行為	□褥瘡(部位と大きさ　　処置内容　　) □たん吸引 □麻薬管理 □在宅酸素 □気管切開 □点滴 □経管栄養(胃ろう・経鼻・腸ろう)		
食事	□自立 □一部介助 □全介助 ※記載必須 食事形態 主食：　　副食： □経管栄養(栄養剤　　) □嚥下障害(あり・なし)		
排泄	□トイレ □ポータブルトイレ □オムツ □バルーン(尿管) □人工肛門 □その他(　　)		
移動方法	□歩行(フリーハンド・杖・歩行器・つたい) □車いす 乗り移り(自立・一部介助・全介助) 操作(自走可能 ・介助)		
睡眠	□良眠 □不眠(眠剤利用 あり・なし)		
認知症	□なし □あり(症状:　　)		
部屋希望	□4人部屋 □2人部屋(1日2,000円 or 3,000円) □個室(1日10,000円)※税別です		
要介護度 または 障がい者区分	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 障がい者区分 1・2・3・4・5・6		
在宅主治医	医療機関名	医師名	
担当CM	事業所名:　　担当者名:		

医療法人社団綾和会 間中病院

※レスパイト入院を利用できる方は、在宅主治医が同意している方に限ります。

※申し込み書は、原則的には、ご本人・ご家族が記載してください。困難な場合は、その限りではありません。

※作成後は、間中病院 地域医療連携室直通FAX0465-20-3090へ送付してください。
FAXがない場合は、郵送してください(〒250-0012 小田原市本町4-1-26 地域医療連携室宛)

(病院記入欄)

入院予定日	主治医	病棟	退院日
月　日(　)　:	Dr	3F・4F	月　日(　)　: