

地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

光市立光総合病院 地域医療連携室 宛 FAX：0833-71-2828

FAX受付時間 平日8：15～17：00（祝日・年末年始の休診日を除く）

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成
患者氏名	(男・女)		年 月 日 歳
住所	〒	電話番号	
緊急連絡先	氏名 続柄	電話番号	
かかりつけ 医療機関		医師名	
		電話番号	
主病名			
既往歴			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名： ）		
医療行為	<input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素（体動時： 安静時： ） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置（部位： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容（ ） 経管栄養（内容： 1回量： 回数： 回/日）		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ（自立・介助） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（自立・介助） <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿（ 回/日） <input type="checkbox"/> 尿カテーテル（ Fr 交換日 / ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
移動	<input type="checkbox"/> ベッド移動 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 特浴 最終入浴日（ / ）		
精神状況	認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 問題行動 <input type="checkbox"/> 有（大声・暴力・不潔行為・徘徊） <input type="checkbox"/> 無		
感染症	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室（トイレ・シャワー付 税込5,500円）		
介護認定又は 障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害区分（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ケアプラン作成者	事業所名：	電話番号：	
	担当者名：		
備考			

※ ベッドの空き状況等により、ご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。