医療法人 紫苑会 藤井病院　地域連携室 行き　FAX：084-982-2356

レスパイト入院申込書

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平成 年　月　日（　歳）
患者氏名			
住所		電話番号	
保険証	保険者番号		**※コピーをFAX送信して頂いても構いません。**
	記号・番号	本人・家族	
要介護認定	要支援　1・2　　要介護　1・2・3・4・5		
ケアマネジャー	事業所名：　　TEL: 担当者：		
訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ	事業所名：　　TEL:		
かかりつけ医			
入院希望の理由			
入院希望期間	年　月　日　～　年　月　日 ※入院期間は通常7日が目安になりますが相談に応じます。		
部屋希望	□二人部屋　□個室		
交通手段			
医療行為	□褥瘡処置　□たん吸引　□麻薬の管理　□胃ろう　□気管切開　□点滴 □在宅酸素　その他　（　）		
食事	□自立　□一部介助　□全介助 食事の内容　（　） □嚥下障害あり　□嚥下障害なし		
排泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　□おむつ　□バルーンカテーテル その他　（　）		
身体状態	□寝たきり状態（褥瘡マット使用　□あり　□なし）　□車いす乗車可能 □在宅酸素　その他　（　）		
精神状態など	□不穏状態あり　□認知症あり　□認知症なし		
感染症	□HBｓ抗原（　）　□HCV抗体（　）		

※　ご入院までに変更がりましたら、ご連絡お願い致します。

送信元：