

レスパイト入院申込書

申込日：令和 年 月 日

記入者：

関係性：

電話番号：

ふりがな			大正・昭和・平成・令和
患者氏名	生年月日		年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号：		
医療保険	☐ 3割 ☐ 2割 ☐ 1割 ☐ 減額証 () ☐ マル福 ☐ 生活保護 ケースワーカー () ☐ 特定医療費受給者証 ()		
かかりつけ 医療機関	主治医： 電話番号：		
主病名			
既往歴	アレルギー： 感染症：		
入院希望 期間	入院日：令和 年 月 日 () 10時15分 退院日：令和 年 月 日 () 時 分 ※退院時間については、10時～11時、14時～15時の間で希望時間を記入してください		
入院希望理由			
希望居室	☐ 多床室 ☐ 個室 (3,500円/日・2,500円/日・2,000円/日) ※個室のタイプはお選びいただけません		
退院先	☐ 自宅 ☐ その他 ()		
入退院手段	☐ 自家用車 ☐ 介護タクシー (☐ ストレッチャー ☐ 車椅子)		

連絡先	ふりがな	関係性	自 宅	携 帯	その他 (勤務先等)
	氏 名				
	①				
	②				

入院について	・ 当院のレスパイト入院を利用したことはありますか ☐ なし ☐ あり（最終利用： ） ・ 3カ月以内に、医療機関に入院したことはありますか ☐ なし ☐ あり（病院名： ）
--------	---

前回のレスパイト入院の利用から状態に著変のない方については、以下の記載は不要です。

介護保険	認定	☐ 支援1 ☐ 支援2 ☐ 介護1 ☐ 介護2 ☐ 介護3 ☐ 介護4 ☐ 介護5				
	サービス	☐ 訪問介護 ☐ 訪問リハ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問診療 ☐ 通所リハ ☐ 通所介護 ☐ 短期入所 ☐ その他（ ）				
	介護支援 専門員	事業所： 担当者： 電話番号：				

現在の身体状況	移動：	☐ 自立	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ ストレッチャー
	食事：	☐ 自立	☐ 全介助	☐ 禁食	☐ 経管栄養（ ）
	排泄：	☐ 自立	☐ トイレ介助	☐ 尿器	☐ ポータブルトイレ
		☐ 紙パンツ	☐ オムツ	☐ 尿道カテーテル	☐ ストーマ
		尿意 ☐ あり ☐ なし 便意 ☐ あり ☐ なし			
	意思疎通：	☐ 可能	☐ 支障あり（ ）		
	理解力：	☐ あり	☐ 支障あり（ ）		
	問題行動：	☐ あり（ ）	☐ なし		
	入浴・保清：	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	更衣：	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	
	睡眠：睡眠薬服用	☐ あり（ ）	☐ なし		
	薬剤：	☐ 自己管理	☐ 一回配薬	☐ その他（ ）	
	障害：	☐ 聴覚（ ）	☐ 視覚（ ）	☐ 言語（ ）	
	麻痺・拘縮	☐ あり（ ）	☐ なし		
	身体状況：	義歯 ☐ あり（ ）	☐ なし		
		補聴器 ☐ あり（ ）	☐ なし		
医療処置：	☐ 酸素（ L）	☐ 吸引（ 回/日）	☐ 麻薬（ ）		
	☐ 褥瘡（ ）	☐ 点滴（ ）			
	☐ インスリン注射（ ）				
	☐ その他（ ）				