



賛育会病院 地域包括ケア病棟レスパイト入院申込書

紹介元機関名	
所在地	
かかりつけ医療機関	
申込者氏名・職種	氏名 職種
申込者連絡先	TEL FAX

ふりがな 患者氏名	男 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所		電話番号	
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (種別と施設名)		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻・腸瘻・経鼻) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容 () <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> フォーリーカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 その他 ()		
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 (褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行可能 その他 ()		
精神状態など	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 (1日 11,000 円) <input type="checkbox"/> 個室 (1日 9,900 円)		
その他			