レスパイト入院　申込書

紹介元医療機関・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ・居宅介護支援事業所	
機関名	
所在地	
かかりつけ医療機関	
申込者氏名・職種	氏名:　　医師・看護師・ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ
申込者連絡先（TEL・FAX）	電話番号：　　FAX 番号：

レスパイト入院希望者					
フリガナ 氏　　名		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年　　月　　日
			年齢	歳	
現住所	〒　　ー		電話番号		
診断名					
入院希望日	年　　月　　日　　～　　年　　月　　日　(14 日以内)				
入院理由					
当院診察券	無・有→ご記入をお願いします。診察券（No.　　）				
要介護認定	未・申請中・済⇒　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ サービス内容（　　）				

現在の状態（以下の該当項目に〇を付け、ご記入下さい）	
1. 食事 食事形態	自力摂取・介助摂取・胃管ﾁｭｰﾌﾞ・胃瘻　、　水分：ﾄﾛﾐ　有・無 主食：米飯　・　軟飯　・　全粥　・　ミキサー 副食：普通　・　１口大　・　きざみ　・　極きざみ　・　ミキサー
2. 排泄	自力ﾄｲﾚ　・　自力ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ　・　ｵﾑﾂ　・　ｶﾃｰﾃﾙ
3. 清潔ｹｱ・回数	自力・部分介助・全介助　　入浴・ｼｬﾜｰ・清拭　　日／週
4. 移動	自力　・　杖　・　ｼﾙﾊﾞｰｶｰ　・　車いす　・　ﾍﾞｯﾄﾞ（ｽﾄﾚｯﾁｬｰ）
5. 認知症	無・有　気になる行動：徘徊・暴力行為・不潔行為・大声・幻視幻聴 その他（　　）
6. 麻痺	無・有　　麻痺の部位：
7. 処置	無・有　　処置内容：　　部位：
8. 薬の内容	お薬手帳のｺﾋﾟｰか診療情報提供書をＦＡＸして頂いても構いません
9. 使用ﾏｯﾄ	一般　・　ｴｱｰﾏｯﾄ　・　その他（　　）
10. 酸素療法	あり（　　ℓ）・　なし
11. ｱﾚﾙｷﾞｰ有無	無・有（　　）
その他 入院中のｹｱ等	

※ご記入頂いた個人情報は当院の診療以外の目的で使用することはありません。

医療法人いつき会　いつきクリニック一宮
TEL:0586-47-7005　FAX:0586-47-7627