レスパイト入院　申込書

KKR高松病院　地域医療連携室　宛　　TEL　087-861-3261　FAX　087-834-1795

記入者：

フリガナ		男・女	生年月日	☐ 西暦　☐ 大正　☐ 昭和　☐ 平成			
患者氏名				年　月　日（　歳）			
住　所				連絡先			
	氏　名		住　所		続柄	電話番号	
緊急時連絡先 ①							
緊急時連絡先 ②							
医療機関名（かかりつけ医）		医師名					
		電話番号		FAX			
病名（主病名）							
入院希望の理由	☐ 介護疲れ　☐ 家族都合　☐ その他　（　）						
入院希望期間	月　日 ～　月　日	部屋希望	☐ 個室（別途個室料要）　☐ 大部屋				
医療行為	☐ 無　☐ 褥瘡処置　☐ 痰吸引　☐ 点滴　☐ 在宅酸素　☐ 気管切開　☐ 麻薬の管理 ☐ 人工呼吸器　☐ CVﾎﾟｰﾄ（ ☐ PICC ）　☐ その他（　）						
急変時の対応	☐ 心肺蘇生含む治療希望　☐ 蘇生処置不要						
アレルギー	☐ 無　☐ 有　（ ☐ 食物：　☐ 薬剤：　☐ 造影剤：　）						
食　事	☐ 自力摂取　☐ 一部介助　☐ 全介助 食事内容　（　） ☐ 嚥下障害なし　☐ 嚥下障害あり　（ とろみ ☐ 要　☐ 不要　きざみ ☐ 要　☐ 不要　） ☐ 経管栄養　（ ☐ 経鼻　☐ 胃瘻　☐ 腸瘻　） （内容：　1回量：　ml　回数：　回/日）						
排　泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ 導尿　（　回/日） 尿　回/日（夜間　回/日）　便　日に1回 ☐ その他（　）						
移　動	☐ 自立　自助具 ☐ 有（ ☐ 杖　☐ シルバーカー　☐ その他　） ☐ 車椅子（ 自走　☐ 可　☐ 不可 ）☐ 全介助（体圧分散マット ☐ 無　☐ 有）						
清　潔	☐ 自立　☐ 介助　（ ☐ 清拭　☐ 入浴 ）						
精神状況	☐ 認知症あり　☐ 精神疾患あり　☐ その他（　）						
問題行動	☐ 無　☐ 徘徊　☐ 不穏行動　☐ 不潔行為　☐ 暴言暴力　☐ 昼夜逆転						
介護認定	☐ 無　☐ 有（ ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ）						
	認定日　年　月　日	認定期間　年　月　日 ～　年　月　日					
特定疾患	☐ 無　☐ 有（ 疾患名：　）						
障害者手帳	☐ 無　☐ 有（ ☐ 身体　☐ 知的　☐ 精神 ）（　級 ）障害サービス ☐ 無　☐ 有						
障害高齢者の日常生活自立度	☐ J1　☐ J2　☐ A1　☐ A2　☐ B1　☐ B2　☐ C1　☐ C2						
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ Ⅰ　☐ Ⅱa　☐ Ⅱb　☐ Ⅲa　☐ Ⅲb　☐ Ⅳ　☐ M						
担当ケアマネジャー	事業所名　：						
	担当者名　：	電話番号　：					
備　考							

※ 当院受診歴のない方（初診）は、病状把握のため一度診察を受けて頂きます。

※ ベッドの空き状況により、お部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。