|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  **地域包括ケア病棟【レスパイト】入院申し込み書** |  | **関東中央病院 地域医療連携室**  **FAX:03-3429-1702**  生年月日  年　　齢 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成  　 　年　 　月 　　日  　歳 |
| 氏　　名 | 男  　　　　　　　　　　　　　　　　　　・  〔当院診察券番号：　　　　　 〕 女 |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 主病名  入院目的 |  | | |
| 入院希望期間 | 年 　月 　日（　 曜日）～　　 月 　日（　 曜日）　計　　　泊　 　日 | | |
| 要介護認定  障害区分認定 | □要支援〔　　　　〕　 □要介護〔　　　　〕　 □障害区分〔　　　　〕  《利用中サービス》  訪問診療 ・ 訪問看護 ・ ヘルパー ・ デイサービス ・ショートステイ ・ 配食 ・ 福祉用具 ・ リハビリ： 通所 ・ 訪問 ／週　　回 ・ その他： | | |
| 病室の希望 | □個室(トイレ付：1日17,600円）　　 □個室(トイレ無：1日15,400円)  □個室(トイレ無：1日11,000円)　 　 □4人室(1日3,300円)　　　*※各室消費税込* | | |
| 医療行為 | □褥瘡処置 　□痰吸引 　□在宅酸素　 □経管栄養（ 胃瘻 ・ 経鼻 ・ 腸瘻 ）  □麻薬管理　 □IVH　　 □人工呼吸器 □その他〔　　　 　　　 　　　〕 | | |
| 食事 | □常食　 □粥食　 □キザミ食　 □ミキサー食　 □その他〔　　 　　　　　　　〕  □嚥下障害〔　有　・　無　〕　 □経管内容〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕  □カロリー制限〔　　　　　　　　kcal〕　 □塩分　〔　　　　　　　ｇ〕  □水分制限　 〔　 ml〕 □トロミ〔　有　・　無　〕 | | |
| 身体状況 | □自立歩行　 □杖歩行 　□歩行器　 □介助歩行 　□車椅子　 □リクライニング  □ベッド上〔エアマット：　要　・　不要　〕 | | |
| 排泄 | □トイレ　 □ポータブルトイレ 　□カテーテル留置　 □人工肛門  □その他〔　　　　　　　　 〕　□オムツ　 □リハビリパンツ | | |
| 睡眠 | □良眠　 □不眠〔夜間せん妄：　有　・　無　〕〔眠剤使用：　有　・　無　〕 | | |
| 精神状態 | □認知症〔　有　・　無　〕〔周辺症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  □その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | |
| 感染症 | □なし　 □あり〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | |
| ケアプラン  作成事業所 | 事業所名：  担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　連絡先： | | |
| 備考 |  | | |

記入日：　　　年　　　月　　　日　　　申込者：　　　　　　　　　　〔連絡先：　　　　　　　　　　〕

申込医療機関・事業所名：