

# 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

ふりがな		大正・昭和・平成
氏名	男 ・ 女 〔当院診察券番号： 〕	生年月日 年 月 日 年齢 歳
住所		電話番号
主病名 入院目的		
入院希望期間	年 月 日( 曜日)～ 年 月 日( 曜日) <u>計 泊 日</u>	
要介護認定 障害区分認定	<input type="checkbox"/> 要支援〔 〕 <input type="checkbox"/> 要介護〔 〕 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 個室(トイレ付：1日 17,600円) <input type="checkbox"/> 個室(トイレ無：1日 15,400円) <input type="checkbox"/> 個室(トイレ無：1日 11,000円) <input type="checkbox"/> 4人室(1日 3,300円) ※各室消費税込	
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 <input type="checkbox"/> 嚥下障害〔有・無〕 <input type="checkbox"/> 経管内容〔 〕 <input type="checkbox"/> カロリー制限〔 kcal〕 <input type="checkbox"/> 塩分〔 g〕 <input type="checkbox"/> 水分制限〔 ml〕 <input type="checkbox"/> トロミ〔有・無〕	
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ベッド上〔エアマット：要・不要〕	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠〔夜間せん妄：有・無〕〔眠剤使用：有・無〕	
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症〔有・無〕〔周辺症状： 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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：