

(レスパイト・ リハビリ) 入院申込書

年 月 日

渡辺病院 地域連携室 行き

FAX:0867-72-5366

申込者	名前		ご関係		連絡先	
ふりがな			生年月日	明・大・昭・平	性別	男・女
患者氏名				年 月 日(歳)		
住所			希望	<input type="checkbox"/> 2w		
TEL			日数	<input type="checkbox"/> その他()		
要介護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> あり 要支:1・2 要介:1・2・3・4・5		キ ー パ ー ソ ン	氏名		
				続柄		
ケアマネ	担当者			お住いの市町村		
	事業所			TEL		
	TEL					
入院を希望する理由					病名	
かかりつけ医						
医療行為	<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他()					
食事	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事の形態	主食: <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他				
	制限等	副食: <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> とろみ				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (トイレ・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 介助 (おむつ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・ストマ)					
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (独歩・杖・歩行器・車椅子) <input type="checkbox"/> 見守り (独歩・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 介助					
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 一部通じる <input type="checkbox"/> 通じない		ナースコール: <input type="checkbox"/> 使用できる <input type="checkbox"/> 使用できない <input type="checkbox"/> 不明			
	理由: <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> その他()					
精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定()					
その他						