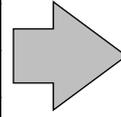


# 地域包括ケア病棟 レスパイト入院申込書

ご依頼者	
機関名	
種別	かかりつけ医 ・ 訪問看護ST ・ 居宅介護支援事業所
申込者	
TEL	
FAX	



FAX送信先
たつの市民病院 地域連携室
<b>FAX 079-322-3177</b>

## 【入院希望者の基本情報】

フリガナ		性別	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
氏名		男 女	年齢				歳
住所	〒		TEL				
			FAX				
保険種類	後期高齢者 ・ 国保 ・ 組合 ・ 協会けんぽ ・ その他( )						
保険者番号		記号・番号		区分	□本人 ・ □扶養		
介護保険	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 ・ 未申請 ・ 申請中						
ケアマネジャー	事業所 担当者		TEL				
			FAX				
かかりつけ医							
入院理由							
入院希望日	令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( ) 退院先( )						
部屋希望	□個室 □多床室						

## 【現在の状態】

医療	褥瘡処置	□無 ・ □有
	痰吸引	□無 ・ □有
	人工呼吸器	□無 ・ □有
	気管切開	□無 ・ □有
	点滴	□無 ・ □有
	酸素療法	□無 ・ □有 (安静時 %、労作時 %)
	薬の内容	※お薬手帳をコピー添付してください。
日常生活動作	食事	方法：□自立 ・ □一部介助 ・ □全介助 ・ □経鼻経管 ・ □胃ろう 主食：□米飯 ・ □軟飯 ・ □全粥 ・ □ミキサー 副食：□普通 ・ □一口大 ・ □きざみ ・ □ミキサー 水分：□とろみ有 ・ □とろみ無 嚥下障害：□無 ・ □有
	排泄	□トイレ ・ □ポータブルトイレ ・ □おむつ ・ □バルーンカテーテル
	移動	□自力 ・ □杖 ・ □シルバーカー ・ □歩行器 ・ □車椅子 ・ □寝たきり
	認知症	□無 ・ □有 (主な問題行動: )
	麻痺	□無 ・ □有 (部位: )
	拘縮	□無 ・ □有 (部位: )