

地域包括ケア病棟（レスパイト入院）予約申込書

真療会 野田病院 医療相談室宛て FAX：04-7129-5874

フリガナ		男	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
患者氏名		女		年 月 日（ 歳）	
住 所	〒	連絡先名		（続柄 ）	
		電話番号			
医療機関名 （かかりつけ医）		医師名			
		電話番号			
病名（主病名）					
入院希望の理由					
入院希望期間	平成 年 月 日 時から平成 年 月 日 時まで				
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設（施設名： ）				
医療行為 ☐ 無 ☐ 有⇒	☐ 褥瘡処置 ☐ 痰吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器（機種名： ） ☐ その他（ ）				
食 事	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 食事の内容（ ） 経管栄養（内容： 1回量： ml 回数： 回／日） ☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし				
排 泄：最終排便 （ / ）	☐ トイレ（ ☐ 自立 ☐ 見守り） ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 導尿 ☐ 膀胱留置カテーテル（ Fr・交換日《 / 》） ☐ その他（ ）				
身体状況	☐ 寝たきり状態（褥瘡マット使用 ☐ 無 ☐ 有 タイプ： ） ☐ 車椅子移乗可 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行可能 ☐ その他（ ）				
清 潔	☐ 清拭 ☐ 入浴介助 ☐ 訪問入浴車 ☐ デイサービス （最終入浴日 / ）				
精神状況など	☐ 不穏状態あり ☐ 認知症あり ☐ その他（ ）				
部屋の希望	☐ 大部屋 ☐ A個室（1日¥9720 税込み） ☐ B個室（1日¥5400 税込み）				
その他					
要介護認定または 障害支援区分	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 障害支援区分（ ） ☐ その他（ ）				
ケアプラン作成	事業所名：		電話番号		
	担当者名：				
申し込み者名					

平成30年6月