

レスパイト入院 予約申込書(FAX専用)

FAX送信先 045-721-0557
 一般財団法人 育生会横浜病院 地域医療連携室 宛

令和 年 月 日

医療機関(かかりつけ医)		病名:
医療機関名		レスパイト入院利用理由:
担当医		
連絡先		
ケアマネジャー		※ご入院後の退院日の延長は、基本致しかねます。
事業所名		入院希望日: 年 月 日()
担当者名		退院希望日: 年 月 日()
連絡先		

《患者様情報》

フリガナ		年齢	男	フリガナ
氏名			女	
生年月日	T・S・H 年 月 日	キーパーソン		続柄:
現住所	〒			連絡先:

・介護認定(無 ・ 新規申請中 ・ 区変中 / 要支援1 ・ 2 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

医療処置等	気管切開 (無 ・ 有)	インスリン (無 ・ 有:)
	酸素 (無 ・ 有 L)	点滴 (無 ・ 有:)
	痰吸引 (無 ・ 有 回/日)	医療用麻薬 (無 ・ 有:)
	感染症 (無 ・ 有:)	鎮痛薬 (無 ・ 有:)
	褥瘡 (無 ・ 有 部分と大きさ:)	
【特記事項: 】		

A D L	食 事 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)(経口 ・ 胃管チューブ ・ 胃ろう)
	排 泄 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)(トイレ ・ Pトイレ ・ オムツ ・ バルーンカテーテル)
	移 動 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)(杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 装具 ・ ストレッチャー)
	認知症状 (無 ・ 有 具体的な様子:)
	意思疎通 (可 ・ 不可) 発語 (可 ・ 不可)

利用(予定含むサービス)	<input type="checkbox"/> 訪問診療 () <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所名:) <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(事業所名:) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 入所予定(施設名:)