

# 地域包括ケア病棟 入院申込書 (レスパイト入院用)

高松市立みんなの病院 地域医療・患者支援センター

TEL 087-813-7171(代表)

FAX 087-813-6799(直通)

下記の5項目にご理解が得られましたら、当申込書に記入し、診療情報提供書とともにFAXをお願いします。

1. 申込みは入院を希望される患者さんのかかりつけ医又はケアマネージャーが行って下さい。
2. 1回の利用期間は14日間までとし、連続しての更新はできません。
3. 入院中は積極的なリハビリテーションは実施していません。
4. 退院先は、自宅又は介護施設の方が対象となります。

## レスパイト希望者情報

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
緊急連絡先	氏名:	続柄:	連絡先(電話番号):
主病名			
入院希望期間	年 月 日 ~	年 月 日	( 日間)
入院希望理由			
要介護認定	□なし □あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ケアマネージャー氏名:		
感染症の有無	□結核 □MRSA(痰・便・尿・その他 ) □HBs抗原 □HCV抗体 □梅毒 □その他( )		
身体障害者手帳	□なし □あり(種類: )		
医療処置	□褥瘡処置(部位: 処置の内容: ) □痰吸引 □麻薬管理 □血液透析 □血糖測定 □インスリン注射 □在宅酸素( L) □人工呼吸器(器械名: 設定: ) □気管切開(カニューレタイプ: ) □点滴(末梢・中心静脈 内容: ) □経管栄養(胃瘻・腸瘻・経鼻 内容: 回/日 ) □ストーマ(部位: 使用材料 ) □その他( )		
食事	□自立 □セッティング □一部介助・見守り □全介助		
食事形態	□普通食 □軟飯 □全粥 □キザミ □ミキサー食 □とろみ □流動食 □経管栄養 □絶食 □その他( )		
移動・移乗	□自立 □見守り・一部介助 □全介助	リハビリ	□なし □あり(週 回)
排泄	□トイレ自立 □ポータブルトイレ □オムツ □尿管 □ストーマ □その他( )		
清潔	□自立 □介助あり(シャワー浴・清拭 )		
精神状態	□認知症なし □認知症あり □問題行動あり(大声・徘徊・暴力行為・不潔行為・その他 )		
部屋希望	□4床室 □個室(1日あたり5,500円 トイレ・シャワー付) □特室B 1日あたり8,800円 □特室A 13,200円(トイレ・風呂付 テレビ・冷蔵庫・駐車料無料)		
伝達事項			

申込者氏名・連絡先

フリガナ  
氏名:

TEL ( ) -

FAX ( ) -