

レスパイト入院申し込み書									
入院予定期間 平成 年 月 日 ~平成 年 月 日									
紹介元病院							主治医		
ふりがな		.....			性別		生年月日		
氏名					男・女		昭和 平成 年 月 日 生		
住所		〒				TEL			
						FAX			
病名									
既往歴									
特記事項		.....							
酸素吸入		<input type="checkbox"/> 有り(酸素)							
呼吸器		<input type="checkbox"/> 装着無し <input type="checkbox"/> 装着(種類 )							
		<input type="checkbox"/> 就寝時のみ <input type="checkbox"/> 苦しいときのみ <input type="checkbox"/> 30分は離脱可能 <input type="checkbox"/> 数分は離脱可能 <input type="checkbox"/> 24時間装着							
吸引		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し							
移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )							
食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 絶食							
排泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(トイレ・ポータブルトイレ・オムツ) <input type="checkbox"/> カテーテル							
食事内容		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 特別食( )							
認知症		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> {徘徊・( )} <input type="checkbox"/> 無し							
感染症		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> {MRSA・( )} <input type="checkbox"/> 無し							
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 読唇 <input type="checkbox"/> エイド・ワープロ <input type="checkbox"/> 瞬き・文字盤 <input type="checkbox"/> その他( )							
身長	cm		体重	kg		体温		℃	血圧
緊急連絡先		氏名			TEL				
家族構成 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性					家族以外の支援者		氏名		
							連絡先		
成年後見人制度の利用・氏名・連絡先				氏名					
(補助人・補佐人・成年後見人)				連絡先					
福祉サービス援助事業の利用状況			機関名		連絡先				
生活歴									
健康保険		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管健保 番号:			記号:				
		<input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
公費負担		交付年月日		年 月 日		番号			
身障手帳		種 級		交付年月日		年 月 日		番号	
介護保険認定		支援・介護 1 2 3 4 5			交付年月日		年 月 日		番号
障害程度区分		1 2 3 4 5 6			行政機関		福祉事務所		