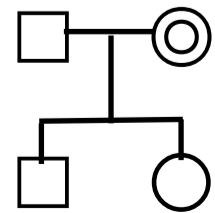


レスパイト入院申込書

記入日

相談受付日

入院申込者 (記入者)	〇〇 ヨシエ	本人との関係	長女
入院希望期間	令和5年12月1日 ~ 令和5年12月14日 ※原則14日以内となります		
入院希望理由	家族の介護負担軽減の為		
患者氏名	〇〇 太郎	生年月日	1936/1/1 87 歳
住所	佐賀県三養基郡みやき町原古賀	電話	0942-□□-0000
家族	〇〇 ヨシエ	続柄	長女
TEL①	090-0000-△△△△	TEL②	0942-□□-0000
主病名	※わかるだけで結構です #1, 高血圧 #2, 糖尿病 #3, 心不全		
処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう ・ 経鼻管) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ()		
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 () <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
食事動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()		
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		
意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 (程度 :) <input type="checkbox"/> 不可 (理由 :)		
認知症	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 (4,400円/日) <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input checked="" type="checkbox"/> 4人部屋		
保険情報	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 () <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 (要介護1)		
担当 ケアマネ	事業所名：ケアプランサービス●● TEL：0942-00-△△△△ 担当者：東佐賀 花子		
申込済み施設	① ②		
かかりつけ 医療機関	□□□医院		
生活歴 社会背景	家族関係  キーパーソン (長女)		