



## 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	住所	佐賀県三養基郡みやき町原古賀
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)				