

**医療法人 慈豊会 田中病院 レスパイト入院申込書**

事業所名	電話番号
担当者名	FAX番号

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正		年		月		日	年齢		歳	性別	<input type="checkbox"/> 男
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和											<input type="checkbox"/> 女

住所	電話番号
----	------

緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

かかりつけ医	現在の主病名
--------	--------

入院希望の理由	個室希望	入院希望期間			
	<input type="checkbox"/> 有		年	月	日から
	<input type="checkbox"/> 無	～			
			年	月	日まで

家族構成図	既往歴	利用中のサービス
	生活歴	要介護度

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	その他特記事項
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> その他 )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分：とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴手段：
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排泄手段：
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認知症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 特記事項( )		
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他		
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症( <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 創部 <input type="checkbox"/> その他 )				

当院以外の病院で		年	月	日から
地域包括ケア病床利用の有無	<input type="checkbox"/> 有			
	<input type="checkbox"/> 無	～		
		年	月	日まで