

# レスパイト入院申込書

令和 年 月 日

FAX送信先 0146-42-8963 新ひだか町立静内病院 地域連携室宛て  
※「レスパイト入院申込書」と「診療情報提供書（薬の内容を含む）」をFAXお願いします。

紹介元医療機関又は事業所	病名・入院希望日・日数
機関名称： TEL： Fax：	病名： 理由： 入院希望日： 令和 年 月 日（ ） 日数： 日間

## ◎ 患者情報

ふりがな		性別	男 . 女
患者氏名		生年月日	大正 . 昭和 . 平成 年 月 日 ( 歳)
住所	電話番号：		
介護認定 障がい区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 障がい区分 ( )	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
キーパーソン	氏名： 続柄： 電話番号（日中つながりやすい番号）	担当 ケアマネ	事業所： 氏名：

## ◎ 家族状況

一人暮らし  高齢者世帯  同居家族あり ( )  その他 ( )

## ◎ 医療行為の有無

褥瘡処置  痰吸引  経管栄養  気管切開  在宅酸素  
 インスリン注射  点滴  その他 ( )

## ◎ 現在のADL状況

食事： 食事形態（主食： 副食：）  
 自立  一部介助  全介助  胃ろう  
排泄： 自立  一部介助  全介助  
 トイレ  ポータブルトイレ  リハビリパンツ  おむつ  
 尿管カテーテル  人工肛門  
移動： 自立  杖  歩行器  車いす  ベッド上  その他  
精神状況： 認知症あり（症状：）  認知症なし  
 不穏症状あり（症状：）

## ◎ 部屋の希望

大部屋  個室

※病床の状況によりお部屋や入院期間など、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

(新ひだか町立静内病院)