

レスパイト入院 予約申込書

島の病院おおたに 地域連携室(岡本) 行

FAX: 0823-45-0310

フリガナ			男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成
患者名					年　月　日（　歳）
住所	〒 _____ TEL : _____				
緊急連絡先	氏名 :	続柄 :	TEL :		
かかりつけ 医療機関名	医師名 :				
病名（主病名）					
入院希望理由					
入院希望期間	年　月　日（　　）		～	年　月　日（　　）	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸引 (　回/日) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (　L)				
	<input type="checkbox"/> 導尿 (　回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他 (　　) <input type="checkbox"/> バルン管理				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 嘔下 <input type="checkbox"/> 嘔下障害あり	
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> その他 (　　)	
	注入食（商品名 : _____ 注入回数 : _____ 回/日）				
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ（オムツ・紙パンツ） <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 尿器				
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル 最終交換日（　月　日） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
移動・身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 (　　)				
	<input type="checkbox"/> 寝たきり 褥瘡予防マット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
精神状況など	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動など (　　)				
要介護認定または障害区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中				
	<input type="checkbox"/> 障害区分 (　　)				
担当 ケアマネジャー	事業所 :				TEL :
	担当者 :				
申し込み者名					
入院中にお願いしたい こと・注意点					

※ベッドの空き状況によりお部屋や期間など、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

2025.11