

# 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"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり	
	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