

①鳥取赤十字病院 レスパイト入院予約申込書

記入日 年 月 日

医療機関名 (かかりつけ医)			
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日
患者氏名			T・S・H 年 月 日
住所	〒		電話番号
病名 (主病名)			
入院の目的			
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋・ <input type="checkbox"/> 個室	感染症	<input type="checkbox"/> 有 ()・ <input type="checkbox"/> 無
食事	種類： 自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻)		
排泄	排尿：尿意 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 留置が 排便：便意 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> トイレ 自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	入浴方法： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
更衣	自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	起上り： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 座位保持： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 移動： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
コミュニケーション (認知含)	理解度： 周辺症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
医療処置	<input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素		
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) ケアマネ：() 事業所：() 訪問看護ステーション：()		
	〈サービス内容〉 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他 〈福祉用具〉 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シャワー椅子 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他 ()		
レスパイト説明等	「③レスパイト入院療養説明書」による患者説明の実施 <input type="checkbox"/> 入院案内の受渡 <input type="checkbox"/>		