



医療法人 同友会

レスパイト入院予約申込書

FAX送信先 06-6718-2200

共和病院 地域医療連絡室 宛

平成 年 月 日

紹介元医療機関

機関名称	
所在地	
医師名	
電話番号	-
FAX番号	-

《レスパイト入院希望者》

初回・2回目以降

フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名			連絡先電話番号		-	-	
現住所	〒 -						
病名(主病名)							
入院理由	介護者の病気等・冠婚葬祭・休息・旅行	入院中の緊急連絡先		-	-		
入院希望期間	平成 年 月 日	~	月 日				
入院希望のお部屋	特室(トイレ付 17,280円/日) ・ 個室(8,640円/日) ・ 大部屋 ・ いずれでも可						

保険情報 (コピーをFAXしていただいても構いません)

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費負担者番号		受給者番号		
		負担割合	1割・2割・その他(割)	

以下の項目にチェック(✓もしくは○)をお願いします。

【医療行為】

<input type="checkbox"/> 人工呼吸器(機種名:)	設定モード()	<input type="checkbox"/> 痰吸引	<input type="checkbox"/> 麻薬の管理
<input type="checkbox"/> 気管切開(サイズ: Fr)	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腸瘻	<input type="checkbox"/> 点滴(抹消・IVH・ポート)
<input type="checkbox"/> 在宅酸素(体動時: ℓ、安静時: ℓ)	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:)		
<input type="checkbox"/> 透析(曜日:)	通院透析先()		

【ADL】

食事	経口摂取(自立・介助)・胃管チューブ・胃瘻・腸瘻	排泄	トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・尿バルーン・導尿
移動	ストレッチャー・車いす・歩行(杖・歩行器・独歩)	清潔	清拭・入浴介助・特浴 最終入浴日(/)
精神状況	認知症<有・無>・行動障害<介護に対する抵抗・不潔行為・道に迷う(徘徊)・その他()>		

【介護保険・自立支援給付情報】

<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"/> 障害区分()
事業者名:	担当者:	電話番号:					

初回家族面談希望日	第1希望	月	日	時	分
	第2希望	月	日	時	分