共立蒲原総合病院レスパイト用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平  　　年　　月　　日(　　歳) |
| 住　　　　所 |  | 電話番号 |  |
| かかりつけ医 |  | | |
| 主病名 |  | | |
| 入院希望の理由 |  | | |
| 入院希望期間 | 年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日 | | |
| 退院先 | □自宅　□施設（種別と施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 医療行為 | □褥瘡処置　□たん吸引　□麻薬の管理　□胃ろう　□気管切開　□点滴  □在宅酸素　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 食事 | □自立　□一部介助　□全介助  食事の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □嚥下障害あり　□嚥下障害なし | | |
| 排泄 | □トイレ　□ポータブルトイレ　□おむつ　□フォーレカテーテル  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 身体状況 | □寝たきり状態（褥瘡マット使用　□あり　□なし）□車いす乗車可能  □歩行可能　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 精神状態など | □不穏状態あり　□認知症あり　□認知症なし | | |
| 感染症 | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 部屋の希望 | □多床室　□個室（1日４，０００円＋税）　□２人部屋（1日２，０００円＋税） | | |
| その他 |  | | |
| 要介護認定または障害区分 |  | | |
| ケアプラン作成事業所名・電話番号・担当者名 |  | | |

送信元：