

共立蒲原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（ L ） ☐ 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 ☐ 特別室（1日9,900円 税込） ☐ 個室（1日6,600円 税込） ☐ 2人部屋（1日4,400円 税込）		
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：