地域包括ケア病棟　レスパイト入院申込書

医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院　地域連携室行　FAX:092-681-9972

フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名				年　月　日（　歳）
住所			電話番号	
家族氏名			連絡先	

希望理由				
入院期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日			
退院先	□ 自宅　□ その他			
かかりつけ	医療機関名		主治医	
担当ケアマネジャー	事業所名		担当者	
			電話番号	
他医療機関でのレスパイト	□ 有 □ 無	医療機関名		
		最終利用期間		
		総利用日数		

部屋希望	□ 多床室	□ 個室的多床室（950円/日）	□ 個室（9800円/日）		
医療行為	□ 人工呼吸器	□ 気管切開	□ 点滴	□ 在宅酸素	□ 胃瘻
	□ 褥瘡処置	□ 麻薬管理	□ その他（　）		
食事	□ 自立	□ 一部介助	□ 全介助	嚥下障害	□ 有　□ 無
	食事内容				
排泄	□ トイレ	□ ポータブルトイレ	□ オムツ	□ バルーンカテーテル	
身体状況	□ 独歩	□ 杖	□ 歩行器	□ 車椅子（自走・介助）	
	□ ストレッチャー	□ 寝たきり			
	障害高齢者の生活自立度	□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M			
	不穏状態	□ 有　□ 無　（　）			
	認知症	□ 有　□ 無　（　）			
	問題行動	□ 有　□ 無　（　）			
家族状況	□ 独居	□ 高齢者世帯	□ 同居家族有り		
要介護認定障害区分	□ 有	□ 無	（　）		
	□ 有	□ 無	（　）		

依頼日	令和　年　月　日
依頼者	
連絡先	