

医療法人 山下病院 地域包括ケア病床（レスパイト）予約申込書（FAX専用）

年 月 日

医療法人 山下病院 宛

住所： 〒491-8531
 一宮市中町1丁目3番5号
 TEL： 080-4941-7125（地域医療患者支援センター）
 FAX： 0586-22-9375

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：
 住所： 〒
 TEL：
 FAX：

※かかりつけ医からの診療情報提供書と本状をご一緒にFAXお願いいたします。

フリガナ 患者氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年
住所			電話番号	月 日 (歳)
傷病名：				年 月 日発症
既往歴：				
入院面談希望日：	第一希望	年 月 日	第二希望	年 月 日
キーパーソン	： (続柄)	氏名：	TEL： ()	-
退院先	： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ()			
介護認定または社会保障制度利用状況：	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 身障手帳	<input type="checkbox"/> その他 ()
ケアプラン作成事業所：	名称 ()	担当者 ()	電話番号 ()	
訪問看護ステーション：	名称 ()	担当者 ()	電話番号 ()	
医療行為	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰吸引 (頻度：) <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位：) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (流量： ℓ/min) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()			
薬の内容	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> お薬手帳のコピー <input type="checkbox"/> ()			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器具 ()) <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり (マットレスの種類)			
排泄	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他 ()			
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)			
食事	<input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 食事形態 () <input type="checkbox"/> とろみあり (水分のみ) <input type="checkbox"/> 食事にとろみあり			
身体症状等	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知機能障害 () <input type="checkbox"/> 問題行動あり (<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 徘徊)			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室			
その他	<input type="checkbox"/> ケアの注意点 ()			

※ご記入いただいた個人情報は、当院の診療以外の目的で使用することはありません