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　（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	□ 男　□ 女	生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成　　年 月　　日（　　歳）
住所				電話番号	
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　：□ 自宅　□ 施設（　　）					
介護認定または社会保障制度利用状況：　□ 要支援＿＿　□ 要介護＿＿　□ 身障手帳 □ 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	□ 気管切開　□ 胃ろう　□ 痰吸引（頻度：　　）　□ 麻薬の管理 □ 褥瘡処置（部位：　　）　□ 在宅酸素（流量：　　ℓ／min）□ 点滴 □ その他（　　）				
薬の内容	□ 診療情報提供書参照　　□ お薬手帳のコピー □ （　　）				
移　動	□ 歩行　（□ 自立　□ 見守り　□ 杖　□ 歩行器具（　　）） □ 車いす　（□ 自走　□ 一部介助　□ 全介助） □ 寝たきり（マットレスの種類				
排　泄	日中：□ 自立　□ オムツ　□ ポータブルトイレ　□ 尿器　□ 尿カテーテル 夜間：□ 自立　□ オムツ　□ ポータブルトイレ　□ 尿器　□ 尿カテーテル □ 人工肛門　□ 膀胱ろう　□ その他（　　）				
入　浴	□ 一般浴　□ 機械浴　□ ｼｬﾜｰ浴　□ 清拭（□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助）				
食　事	□ 嚥下障害あり　□ 嚥下障害なし □ 経口摂取（□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全介助） □ 食事形態（　　）　□ とろみあり（水分のみ）　□ 食事にとろみあり				
身体症状等	□ 言語障害　　□ 認知機能障害（　　） □ 問題行動あり（□ 大声　□ 危険行動　□ 徘徊）				
感染症	□ なし　□ あり（　　）				
部屋の希望	□ 多床室　□ 個室				
その他	□ 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