

天童市民病院 レスパイト入院 申込書

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大昭・平	年 月 日 ( 歳 )
患者氏名						
患者住所					患者電話番号	- -
紹介施設					紹介施設電話番号	- -
在宅サービス	訪問診療 訪問介護 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> レスパイト入院					
当院の受診歴	有 ( 診察券番号 ) 無					
現在の病状						
かかりつけ医	医療機関		医師名		主治医なし	
主病名						
既病歴						
内服状況						
食 事	自立 一部介助 全介助 嚥下障害あり 嚥下障害なし 食事の内容 ( )					
排 泄	トイレ ポータブルトイレ おむつ フォーレカテテル その他 ( )					
身体状況	寝たきり状態 ( エアマット使用 あり なし ) 車いす乗車可能 歩行可能 ( 杖 シルバーカー ) 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 コミュニケーション ( 可 不可 )					
感 染 症	なし あり ( )					
家族の状況	家族同居 ( 同居家族 : ) 昼間独居 独居					
必要な医療ケア	褥瘡処置 たん吸引 麻薬の管理 気管切開 在宅酸素 ( / min ) 点滴 経管栄養 ( 胃ろう 腸ろう ) 静脈栄養 疼痛管理 人工肛門 カテテル その他 ( )					
生活状況など						
要介護認定 又は障害区分	未・有 ( 介護度 )	身体障害	級 ( )			
ケアプラン作成 事業所名				担当者名		
訪問看護事業所名				担当者名		