

レスパイト入院患者情報提供書

中電病院 医療支援室行
FAX:082-246-7699

氏名		生年 月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女
住所			電話 番号	— —	
家族氏名 ・続柄	【続柄】				
家族住所			家族 電話 番号	— —	
主病名			既往歴		
かかりつけ医					
入院期間 (希望)	年 月 日 から 年 月 日 まで				
移動手段・付添者	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> タクシー 【付添者】 <input type="checkbox"/> あり (配偶者、子供、その他) <input type="checkbox"/> なし				
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 【種類】 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他 ()				
食事	食事 形態	【主食】 米飯・おかゆ ・その他()	【副食】 普通食・軟菜・きざみ マッシュ・その他	嚥下 障害	有・無
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()				
身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <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"/> ベッド上 【褥瘡マットの使用の有無】 有・無				
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり 【認知症の状況】 ()				
感染症	<input type="checkbox"/> あり 【感染症名】 <input type="checkbox"/> なし			部屋 希望	<input type="checkbox"/> 大部屋(4人部屋) <input type="checkbox"/> 個室(有料)
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中				
担当 ケアマネージャー	【会社・事業所名】		【担当者名】		
入院中に お願いしたいこと					
備考					

FAX送信者名

FAX送信日付

年

月

日