

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 年 月	昭和・平成・令和 日 (歳)	性別	男・女
住所	電話番号		()		
家族氏名	続柄 ()				
家族住所	家族電話番号		()		
主病名・既往歴	主病名		既往歴		
かかりつけ医					
入院期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
移動手段	<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()
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・経鼻・腸瘻) <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				
食事	食事形態(主食: 副食:		嚥下障害: 有・無		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 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"/> ベッド上(褥瘡マット使用 有・無) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
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() <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"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 新規申請中				
担当ケアマネジャー	事業所名:		担当者名:		
入院中にお願いしたいこと					
備考					

送信者:

年 月 日