

# 日比野病院 医療レスパイト入院 予約申込書

\*患者様のご様子を理解されているケアマネジャー・看護師にてご記入後、かかりつけ医の情報提供書とともに、日比野病院 地域連携室に FAX してください。

フリガナ		男 女	生年 月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成  年 月 日 ( 歳)
患者氏名				
住所		連絡先①	TEL	
		連絡先②	TEL	
医療機関名		医師名		
主病名				
入院理由				
入院希望の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
ADL 状況	身長・体重                      cm                      kg			
	麻痺 <input type="checkbox"/> 有(部位: )			
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	使用用具( )		
	食形態( )	kcal ) 水分トロミ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃婁・腸婁) 注入内容( )			
排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン				
移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 褥瘡予防マット使用				
コミュニケーション <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 強い難聴 <input type="checkbox"/> 意識障害				
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅輸液 ( )			
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 ( ) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 ( )			
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: /処置内容: )			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
特記	<input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 感染症 ( )			
	<input type="checkbox"/> 認知症 (状況 )			
	<input type="checkbox"/> 問題行動 ( )			
介護保険 <input type="checkbox"/> 認定済( 要支援 / 要介護 ) <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 生保				
身障者手帳 <input type="checkbox"/> 有( 級/障害名 )				
入院決定連絡先	<input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( ) *FAX で入院決定のお知らせを送ります。その他の場合 FAX 番号の記入をお願いします。			
キーパーソン	様(続柄: ) TEL			
担当 ケアマネジャー	事業所:		担当者	
	TEL		FAX	
訪問看護	ナースステーション:		担当者	
	TEL		FAX	
備考				

〒731-3164

広島市安佐南区伴東七丁目9-2

日比野病院 地域連携室・患者支援相談室

TEL: (082)-848-1222(直通)

FAX: (082)-848-1213(直通)