

東京都済生会向島病院 レスパイト入院申込書

| | |
|--|--|
| 記入日 | 令和 年 月 日 |
| 記入者 | 御社名 : ご担当者名 : お電話番号 : |
| ふりがな | |
| 患者名 | 様 (男・女) |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| 保険証 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() |
| キーパーソン | 氏名 続柄() |
| | 電話番号 |
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居者有() |
| 主介護者 | |
| 介護度 * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> をつけて下さい | <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 未申請 |
| ケアマネージャー *いる場合のみ | 事業所名 : ご担当者名 : |
| かかりつけ医 | |
| 主病名 | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> 褥瘡・ <input type="checkbox"/> 在宅酸素(ℓ/m)・ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器・ <input type="checkbox"/> 痰吸引・その他() |
| 移動 | <input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 杖、歩行器・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| 訪問リハビリ | <input type="checkbox"/> 利用している(回/週)・ <input type="checkbox"/> 利用していない |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 誘導・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル・ <input type="checkbox"/> 人工肛門・ <input type="checkbox"/> その他() |
| 食事摂取方法 | <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> その他() |
| 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通食・ <input type="checkbox"/> ひとくち大・ <input type="checkbox"/> ソフト食・ <input type="checkbox"/> ムース食・ <input type="checkbox"/> ミキサー・ <input type="checkbox"/> トロミ・ <input type="checkbox"/> ゼリー |
| 意志疎通 | <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否(<input type="checkbox"/> 単語程度・ <input type="checkbox"/> 筆談・ <input type="checkbox"/> 全くできない) |
| 夜間の睡眠 | <input type="checkbox"/> 良眠・ <input type="checkbox"/> 不眠・ <input type="checkbox"/> 眠剤等を使用・ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 |
| 認知症高齢者日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅱa・ <input type="checkbox"/> Ⅱb・ <input type="checkbox"/> Ⅲa・ <input type="checkbox"/> Ⅲb・ <input type="checkbox"/> Ⅳ・ <input type="checkbox"/> M 具体的な症状() |
| 入院希望期間 *ご希望に添えないこともあります *最長60日以内です | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで |
| 病室のご希望 *ご希望に添えないこともあります | 第1希望() 第2希望() *番号をご記入下さい ① 大部屋 (室料無し) 個室タイプ(1日の室料(税込)):②VIPタイプ(27,500円)・③Sタイプ(16,500円) ④Aタイプ(13,200円)・⑤Bタイプ(8,800円) |
| レスパイトの目的 | |
| FAX送付先 *ご送付前に、ご連絡下さい | 東京都済生会向島病院 地域医療支援センター (担当者名:) FAX番号 03-3610-3624 |