

東京都済生会向島病院 レスパイト入院申込書

記入日	平成 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	
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	平成 年 月 日 ~ 平成 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):②VIPタイプ(27,000円)・③Sタイプ(16,200円) ④Aタイプ(12,960円)・⑤Bタイプ(8,640円)
レスパイトの目的	
FAX送付先 *ご送付前に、ご連絡下さい *対応した担当者に印して下さい	東京都済生会向島病院 地域連携室 <input type="checkbox"/> 柏倉・ <input type="checkbox"/> 吉村・ <input type="checkbox"/> 國武 宛 FAX番号 03-3610-3624
備考 *こちらにはご記入しないで下さい	主治医(Dr) ・受入れ病棟(3階・4階)