**レスパイト入院申込書（FAX専用）**

令和　　年　　月　　日

FAX送信先　0770-72-0822　　JCHO若狭高浜病院　地域連携室宛て

※「レスパイト入院申込書」と「診療情報提供書(薬の内容を含む)」をFAXお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関又は事業所 | 病名・入院希望日・日数 |
| 機関名称：  TEL：  FAX： | 病 名：  理 由：  入院希望日：令和　　年　　　月　　　日（　　　）  日数：（　　　　）日間 |

◎患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成  　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 | 電話番号： | | |
| 要介護認定・  障がい区分 | □要支援１・２　　□要介護１・２・３・４・５  □障がい区分（　　　　　　　　　　　　　　）　　□その他（　　　　　　　　　） | | |
| ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | 氏名：  続柄：  電話番号(日中つながりやすい番号)：  （　　　　　　　　　　　　　　　） | 担当  ｹｱﾏﾈ | 事業所：  氏名： |

◎家族状況

　□一人暮らし　　□高齢者世帯　　□同居家族あり（　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　）

◎医療行為の有無

　□褥瘡処置　　□痰吸引　　□経管栄養　　□気管切開　　□在宅酸素　　□インシュリン注射

　□点滴　　　　□その他

◎現在のADL状況

食事：食事形態（主食：　　　　　　　　副食：　　　　　　　　）

□自立　　□一部介助　　□全介助　　□胃ろう

　排泄：□自立　　□一部介助　　□全介助

　　　　□トイレ　□ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ　□ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ　□おむつ　　□尿管ｶﾃｰﾃﾙ　　 □人工肛門

　移動：□自立　　□杖　　　　　□歩行器　　 □車いす　　□ベッド上　　 □その他

　精神状況など：□認知症あり(症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　) □認知症なし

□不穏状態あり（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◎部屋の希望

　□大部屋　　　□個室

※病床の状況によりお部屋や入院期間など、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。