ＦＡＸ：０８３４－６１－３２１１

**周南市立新南陽市民病院　地域連携室　宛**

ＦＡＸ受付時間　　平日８:３０～１７:００（祝日・年末年始の休診日を除く）

地域包括ケア病棟　レスパイト入院　予約申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 |
| 患者氏名 |  | ・  女 | 年　 　月　 　日（　 　歳） |
| 住　所 | 〒 | | 連絡先 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| かかりつけ |  |  | 医師名 |  |
| 医療機関名 |  |  | 電話番号 |  |
| 主病名 |  |  | 既往歴 |  |
| 入院希望の理由 |  | | | |
| 入院希望期間 | 令和　　　年　　　　月　　　　日　～　令和　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 退院先 | □自宅　　　　　□施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 医療行為 | □褥瘡処置（部位：　　　　　　　　）□胃瘻　□腸瘻　□点滴（末梢・中心静脈）  □在宅酸素（体動時：　　　ℓ、 安静時：　　　ℓ ）　□喀痰吸引　□麻薬の管理  □気管切開（カニューレタイプ　サイズ（　　　　　　）□その他  □人工呼吸器（機種名：　　　　　　　　　　　　　　）  　設定モード | | | |
| 食　事 | □自力摂取　□一部介助　□全介助　　食事内容（　　　　　　　　　　　　　　）  経管栄養（内容　　　　　　　　１回量：　　　　㎖　 回数：　　　　　回／日） | | | |
| 排　泄 | □自力歩行でトイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ　□導尿（　　　　　回／日）  □バルーンカテーテル（　　　 Fr　交換日：　　／　　）□その他（　　　　　 ） | | | |
| 移動手段 | □ベッド移動　□車椅子移動　□歩行（ 杖・歩行器・独歩 ）□その他（　　 　　） | | | |
| 清　潔 | □入浴介助　□特浴　最終入浴日（　　／　　） | | | |
| 精神状態 | 認知症 □有　□無　問題行動 □有（大声を出す・暴力行為・不潔行為・徘徊）□無 | | | |
| 感染症 | □無 　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 部屋の希望 | □特別室（６,６００円） 　□個室（４,４００円）　 □４人部屋　　　（※税込） | | | |
| 介護認定又は  障害区分 | □要支援１ □要支援２ □要介護１ □要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５  □障害区分（　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 利用サービス | □訪問診療　　　□訪問歯科診療　□訪問看護　□訪問リハビリ  □訪問薬剤管理　□デイサービス　□デイケア　□ヘルパー　□ショートステイ  □福祉用具　　　□配食　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ケアプラン作成者 | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：  担当ケアマネージャー名： | | | |
| その他 |  | | | |

備考：「在宅主治医（かかりつけ医）」からの「診療情報提供書」の提出をお願いします。

　　　お申し込みは、希望日の１週間前までの、平日8：30～17：00までにお願いします。