JCHO札幌北辰病院　患者サポートセンター　FAX　011-893-5884

地域包括ケア病棟レスパイト入院申込書

以下の事項を同意の上、レスパイト入院申込書を記載してください。

□レスパイト入院の期間は原則14日以内です。（連続しての更新はできません。）

□入院初日を、土曜、祝日、年末年始、時間外にすることはできません。

□レスパイト入院予約は、３ヶ月先まで可能です。但し、患者様一人につき１回分のみの入院予約となります。レスパイト入院後退院時に次の入院予約ができます

□レスパイト入院予約は、入院日の2週間前までの受付となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平　　年　　月　　日　　歳 |
| 患者住所 |  | 電話番号 |  |
| 家族氏名 | 　　　　　　　　　　　関係（　　　） | 家族電話番号 |  |
| かかりつけ医 |  |
| 主病名 |  |
| 入院希望理由 |  |
| 入院希望期間 | 　　　　　月　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日 |
| 退院先 | □自宅　　□施設（種別：　　　　　　　　施設名　　　　　　　　　） |
| 医療行為 | □褥瘡処置　　□たん吸引　　□胃ろう　□点滴　　□在宅酸素□その他（　　　　　　　　　　） |
| 食事 | □自立　　□一部介助　□全介助　□嚥下障害あり　□嚥下障害なし食事内容（　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | □トイレ　□ポータブル　□おむつ　□尿留置カテーテル　□ストマ□その他 |
| 身体状況 | □寝たきり状態（褥瘡マット使用　□あり　□なし）□車椅子乗車可能□歩行可能　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 精神状態など | □不穏状態あり　□認知症あり　□認知症なし |
| 感染症 | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 個室の希望 | □なし　□あり（5,500円） |
| その他 |  |
| 要介護認定または障害区分 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　送信元：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号：　　　　　　　　　　担当者：