

富士宮市立病院 地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

地域医療連携室 担当 宛 FAX：0544-27-3192

ID： —

フリガナ		男・女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
患者氏名				年 月 日(歳)	
住 所		連絡先	TEL：		
		緊急連絡先	TEL：		
医療機関	☐			医師名：	
	☐			医師名：	
病名（主病名）					
入院希望期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※14日				
退院先	☐ 自宅 ☐ その他()				
医療処置	☐ 褥瘡 ☐ 吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻 ☐ 在宅輸液 ☐ 在宅酸素 ☐ 透析 ☐ その他()				
心肺停止時	☐ 心肺蘇生 ☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 決められない				
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 嚥下障害なし ☐ 嚥下障害あり		
	☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ 軟飯 ☐ その他()				
	注入食(商品名:		注入回数: 回/日)		
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ ストーマ ☐ 尿道カテーテル				
移動・身体状況	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他()				
	☐ 寝たきり ☐ 褥瘡予防マット ☐ 有 ☐ 無				
精神状況など	☐ 認知症 ☐ 不穏 ☐ 夜間不眠 ☐ 問題行動()				
部屋希望	☐ 個室(6600円/日税込) ☐ 総室(4人部屋) ☐ どちらでも可				
介護認定 または障害区分	要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 申請中				
担当 ケアマネジャー	事業所:			TEL：	
	担当者:				
申し込み者名					
備 考					

※ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がございますのでご了承ください