

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	<input type="checkbox"/> 医師名 : <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()			
医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅輸液 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()			
心肺停止時	心肺蘇生 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 決められない			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 嚥下障害なし <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり	
	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> その他()			
	注入食(商品名:		注入回数: 回/日)	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル			
移動・身体状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 褥瘡予防マット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
精神状況など	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 問題行動()			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室(6600円/日税込) <input type="checkbox"/> 総室(4人部屋) <input type="checkbox"/> どちらでも可			
介護認定 または障害区分	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 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

※申込みは1週間前までをお願いします