

佐野市民病院 介護家族支援短期入院（レスパイト入院）申し込み書

F A X送信先： 0283-62-6323

佐野市民病院 患者支援センター 宛て

紹介元医療機関・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所	
機関名	
所在地	
かかりつけ医療機関	
申込者氏名・職種	氏名 医師・訪問看護師・ケアマネージャー
申込者連絡先(TEL・FAX)	TEL : FAX :

レスパイト入院希望者					
フリガナ		男・女	生年月日	明・大昭・平	年 月 日
氏名			年齢		歳
現住所	〒 -		連絡電話番号	-	-
診断名					
入院希望日	年 月 日		～	年 月 日	
入院理由					
当院診察券	無・有→ご記入をお願いします。診察券 (No.)				
保険証	(*コピーをFAXして頂いても構いません)				
保険者番号		記号・番号		本人・家族	
		受給者番号			
負担割合	1割・2割・3割・その他 ()				
要介護認定	未・申請中・済⇒ 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				

現在の状態 (以下の該当項目に○を付け、ご記入下さい)	
1. 人工呼吸器	無・有 ⇒ 機種名： 気管切開 有・無
2. 酸素療法	無・有 L
3. 食事 食事形態	自力摂取・介助摂取・胃管チューブ・胃瘻、水分： トロミ 有・無 主食： 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ミキサー 副食： 普通 ・ カット ・ 1口カット ・ ミキサー
4. 排泄	自力トイレ ・ 自力ポータブルトイレ ・ オムツ ・ カテーテル
5. 清潔ケア・回数	自力・部分介助・全介助 入浴・シャワー・清拭 日/週
6. 移動	自力 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 車いす ・ ベッド (ストレッチャー)
7. 認知症	無・有 気になる行動：
8. 麻痺	無・有 麻痺の部位：
9. 処置	無・有 処置内容： 部位：
10. 薬の内容	お薬手帳のコピーか診療情報提供書をFAXして頂いても構いません
11. 使用マット	体圧分散マット ・ エアーマット ・ その他：
12. 現在の症状	せき・たん・皮膚のかゆみ・発疹 その他 ()
13. アレルギー有無	無・有 ()
その他 入院中のケア等	