

レスパイト入院 <申込書>

フリガナ
患者氏名： _____

ID： _____

住 所					
性 別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
主病名					
入院希望日	年 月 日() : ~ 年 月 日() :				
入院の理由	<input type="checkbox"/> 家族の介護疲れ <input type="checkbox"/> 家族の入院 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()				
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号	
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 重症心身障害者受給券 <input type="checkbox"/> 厚生医療の利用				

介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
ケアマネジャー	氏名	ケアマネ事業所名			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
認知症状の 周辺症状	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療処置	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテルの管理 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置・創処置 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 麻薬の使用 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()				

会 話	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器				
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> フォーリーカテ				
食 事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ				
摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
麻 痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)				
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 途中覚醒 <input type="checkbox"/> 眠剤内服				