**レスパイト入院　＜申込書＞**

　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 | □家族の介護疲れ　□家族の入院　□冠婚葬祭　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先  | 氏　名 |  | 住　所 |  | 続　柄 |  | 電話番号 |  |
|  |  |  |  |
| 保険の種類 | □国保　□社保　□後期高齢者　□生保　□重症心身障害者受給券　□厚生医療の利用 |

|  |  |
| --- | --- |
| 介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□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 | □Ｊ1　 □Ｊ2　□Ａ1　□Ａ2　□Ｂ1　□Ｂ2　□Ｃ1　□Ｃ2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | □なし　□Ⅰ　 □Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ 　□Ⅴ |
| 認知症状の周辺症状 | □幻視幻聴　□昼夜逆転　□介護抵抗　□徘徊　　　　□不潔行為　　□性的問題行動□妄想　　　□暴言　　　□暴行　　　□火の不始末　□異食行動□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療処置 | □吸引　　　□経管栄養　　　□血糖測定　　□インスリン注射□膀胱留置カテーテルの管理　□ストーマ　　□中心静脈栄養□褥瘡の処置・創処置　　　　□酸素　　　　□麻薬の使用　　　□人工透析□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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