

# 太田病院 地域連携室

FAX:0574-27-2330

## レスパイト入院申し込み・情報提供書

事業所名		担当者名	
TEL		FAX	

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳 )
患者氏名			
現住所			
電話番号			
入院希望理由			
希望期間	月 日 曜日 ~ 月 日 曜日		
他医療機関でのレスパイト利用	<input type="checkbox"/> 有 最終利用期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無 医療機関:		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 大部屋(4人床) <input type="checkbox"/> 個室		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別と施設名)		
要介護度		認定有効期間	~
障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 療育( ) <input type="checkbox"/> 精神( )		
かかりつけ医	☎	担当医名	
既往歴	疾患名	主治医	医療機関
	《特別な医療処置内容等》 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
《家族構成》 ※同居は○で囲む ☆:KP		キーパーソン(KP)	
		氏名	続柄
		現住所	
		連絡先	☎ (通話可能な時間帯: )
		家族関係等留意点	

【入院前の身体状況等】

	ADL等	状 況	特記事項
食 事	食事動作		
	食事形態		義歯 有(上・下) 無
	水分		とろみ付加 強い・中間・弱い
	嚥下		
排 泄	排尿動作		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ( )
	排便動作		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ( )
	移動動作		補助具
	移乗動作		
	起居動作		

入浴	入浴方法		
	入浴動作		
着脱動作			
視力			
聴力			
服薬管理			一包化
皮膚状態			褥瘡 有( ) 無

【認知症に関すること、症状についての在宅での対応方法や工夫など】

行動障害	<input type="checkbox"/> 短期記憶障害	<input type="checkbox"/> 判断能力低下	<input type="checkbox"/> 理解力低下	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻視	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 介護抵抗
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> その他( ) ( )		
意思の伝達		伝達方法			
詳細					
対応方法					

サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( )	<input type="checkbox"/> 通所介護 ( )	<input type="checkbox"/> 福祉用具 ( )
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( )	<input type="checkbox"/> 通所リハ ( )	(貸与品) ( )
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ ( )	<input type="checkbox"/> ショートステイ ( )	( )
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( )		( )
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ( )		( )
	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス等 ( )		( )

生活環境	居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> 一戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅	階 (エレベーター: 有・無)
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )			
	留意点					

【介護の状況(介護量や介護負担、家族指導の必要性など)】

--

【その他自由記入欄(連絡事項や退院に向けてのお願いなど)】

--

【急変時の対応処置】

<input type="checkbox"/> 心臓マッサージのみを行う(心臓が止まった場合)	
<input type="checkbox"/> 手による人工呼吸(バックバルブマスク:呼吸が止まった場合)	
<input type="checkbox"/> 上記の後に人工呼吸器をつける(気管内挿管)	<input type="checkbox"/> 何もしない
<input type="checkbox"/> その他( )	