

# レスパイトケア入院申込書(FAX専用)

FAX送信先 045-331-1333

JCHO横浜保土ヶ谷中央病院 患者サポートセンター 宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関	病名・入院希望日・日数・お部屋の希望
機関名称:	病名(主病名複数可):
所在地:	レスパイトの目的:
電話番号:	入院希望日: 月 日( )~ 月 日( )
FAX番号:	日数: 日間(14日以内)
	お部屋の希望: 大部屋(4人部屋)・個室(浴室なし10,800円・浴室あり16,200円) * 患者様の状態によりご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください

## 患者情報

フリガナ	性別	男 ・ 女
氏名	生年月日	年 月 日 ( )歳
住所		
連絡先		
ケアマネ氏名	連絡先	
事業所名		
医療保険情報	* 医療保険証のコピーを頂いても構いません	記号・番号
医療保険者番号		続柄

## 現在のADL

介護認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
食事	介助なし 一部介助 全介助 形態
嚥下障害	なし あり : むせこみ 他( )
義歯	なし あり(上 下) 視力障害 なし あり(右 左)
排泄	自立 一部介助 全介助 聴力障害 なし あり(右 左)
	トイレ 尿器 ポータブルトイレ 失禁・オムツ カテーテル留置 ストマ
移動	自立 見守り・一部介助 全介助 杖 歩行器 車いす 装具
寝返り	自立 何かにつかまればできる 全介助
認知症状	なし あり 危険行動 ない ある
指示が通じる	はい いいえ 意思の伝達 できる できる時とできない時がある できない
医療処置 その他	酸素 吸引 胃瘻・胃管チューブ ストマ 透析 褥瘡

\* 診療情報提供書(薬の内容を含む)とケアプランも同時にFAXをお願い致します。

医師、病棟等確認後、患者サポートセンターよりお返事させていただきます。