



【1】レスパイト入院申込書

フリガナ 患者氏名	_____ (男・女)
生年月日	明治・大正・昭和____年____月____日生まれ _____歳
保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 難病券 <input type="checkbox"/> 都券
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
住所	〒 _____
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居者 (_____)
キーパーソン 氏名	_____ (続柄： _____)
住所 (上記と異なる方記入)	〒 _____
連絡先	(病院からの連絡を受けやすい順番に記入してください) ① 自宅・携帯： _____ ② 自宅・携帯： _____
かかりつけ医 訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院理由	<input type="checkbox"/> 介護者の理由 <input type="checkbox"/> 患者の理由
入院希望日	令和 ____年 ____月 ____日～ 令和 ____年 ____月 ____日
病室の希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 有料個室 (5500円・7700円)
当日の移動手段	<input type="checkbox"/> 介護タクシー (車椅子・ストレッチャー) <input type="checkbox"/> 自家用車
送信者 事業所名	氏名 _____ (ケアマネジャー・相談員・その他 _____)
連絡先	電話 _____ FAX _____

-----以下は病院の記入欄です-----

受付日：令和 ____年 ____月 ____日

受入れ可否 (可否連絡日： ____ / ____) 初回・2回目以降 診 I 透析条件表 透析経過表

【備考欄】

患者氏名 _____

【2】レスパイトADL表

基本動作・移動	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
端座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
車椅子移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
車椅子操作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
1ヶ月内転倒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (骨折・打撲・傷)					
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:					
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	尿意	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> 尿管		
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> カテーテル留置	サイズ:	Fr	最終交換日:	
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ストマ: 用品名			最終交換日:	
排便	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ誘導	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	便意	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> おむつ			
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ストマ: 用品名			最終交換日:	
清潔	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
食事	経口摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	飲水時トロミ:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	義歯	食事形態 主食: 米飯・粥・ペースト 副食: カタチ・一口カット・キザミ・ペースト			摂取量:	割
	<input type="checkbox"/> なし	使用器具: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具			摂取量:	割
経管栄養	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸ろう	<input type="checkbox"/> 経鼻		
	種類:	<input type="checkbox"/> ボタン	<input type="checkbox"/> チューブ	サイズ:	Fr	
コミュニケーション・行動	言語障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 非常に困難		
	聴力障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 補聴器 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
	視力障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はっきり見えない	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない		
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる	<input type="checkbox"/> 押せない			
	認知	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 年齢相応		
	拘束	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 体幹拘束	<input type="checkbox"/> 安全帯	<input type="checkbox"/> 4点柵	<input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー
	問題行動	<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> 独語がある	<input type="checkbox"/> 介護抵抗をする	<input type="checkbox"/> 徘徊	
	<input type="checkbox"/> 帰宅願望がある	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	処置	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	部位・大きさ・深さ:		
<input type="checkbox"/> あり		処置・処置頻度:				
酸素		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ℓ/m	中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
吸引		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	回/日	末梢・皮下点滴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
ドレーン		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種類:	人工透析 <input type="checkbox"/> あり	月水金・火木土	回/週 時間
インスリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種類:				
気管切開	種類:			最終交換日:		