

十全総合病院 レスパイト入院相談票

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日	T・S・H	年 月 日	歳
住所					TEL	
キーパーソン	氏名		続柄		TEL	
病名						
入院期間	年 月 日 () ~			年 月 日 ()		
利用理由						
医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 創傷や褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(CVポート) <input type="checkbox"/> その他()					
かかりつけ病院			主治医	科		先生
当院受診歴	有・無	紹介状の有無	有・無	担当MSW/看護師		
居宅名			担当ケアマネ			TEL

（現在の状態）

食事	<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"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻:半固形・液体) <input type="checkbox"/> その他()	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
		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 (補助具) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> オムツ失禁(有・無) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿意(有・無) <input type="checkbox"/> 便意(有・無)	認知症状 問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 どのような症状がみられますか? <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他()
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	せん妄の既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 睡眠剤: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自由記載 (入院中のご要望など)			
介護保険	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中		
部屋の希望	*第3希望まで[]内に数字を記入してください。 <input type="checkbox"/> いずれでも可 個室:[]4630円 []5180円 []7160円 []9030円 []11230円 2人部屋:[]4080円 大部屋:[](テレビ・冷蔵庫等使用料330円/日)		

【承諾欄】 *下記の内容をご家族にご説明頂き、事前に承諾を得て頂くようにお願いします。

- レスパイト入院は病状が安定していることが条件となりますので、入院中の外来受診・検査については治療が必要と主治医が判断した場合のみの対応となります。
- 入院期間は厳守してください
- 帰宅願望が強いなど入院継続が困難と判断された場合は、希望日より早めに退院して頂くこともあります。
- レスパイト入院中は病棟でのレクリエーション等のリハビリが中心となります。療法士のリハビリを希望される場合はご相談ください。
- レスパイト入院中の内服薬は必ずご持参ください
- 病室の空き状況によっては、部屋のご希望に添えない可能性もあります。
- オムツやパットについてはCSセットの契約が必要となります。持ち込みはご遠慮ください。