レスパイト入院予約申込書

FAX送信先　078-231-5926

独立行政法人　労働者健康安全機構　神戸労災病院　地域医療推進室　宛て

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成  　　年　　月　　　日（　　　　歳） |
| 患者氏名 |  |
| 住所 |  | 連絡先 |  |
| 緊急連絡先 |  |
| 医療機関名  （かかりつけ医） |  | 医師名 |  |
| 電話番号 |  |
| 入院希望期間 | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで　（　　　日間） | | |
| 主病名 |  | | |
| 主な既往歴 | □高血圧　　□糖尿病　　□脳梗塞　　□不整脈　　□その他（　　　　　　　　　） | | |
| 医療行為 | * 胃瘻・腸瘻　　□ペースメーカー　　　□ポート　　　□膀胱留置カテーテル | | |
| □褥瘡または創傷の処置　□経口摂取以外で栄養補給（ 点滴/CV ・ 胃瘻 ・ 経鼻 ）  □抗がん剤の使用　□麻薬の管理　□免疫用製剤の使用  □在宅酸素（　　ℓ）□気管切開　□人工呼吸器（機種名：　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 身体状況 | 寝返り：□自分でできる　　□何かにつかまれば自分でできる　　□できない  移乗：□介助なし　　□一部介助　　□全介助  口腔ケア：□介助なし　　□全介助  食事：□介助なし　　□一部介助　　□全介助（胃瘻、腸瘻を含む）  診療・療養上の指示が通じる：□はい　　□いいえ  危険行動：□あり　　□なし | | |
| 部屋の希望 | □大部屋　□有料4人室（2,310円）　□個室C（17,600円）  □個室B（19,800円）　□個室A（20,900円）　□特室C（23,100円）  □特室A（33,000円）  （1日当たりの室料あり）＊ベッドの空き状況によりご希望に添えない場合があります | | |
| 要介護認  障害区分 | □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  □障害区分（　　　　　　　　　　　　）　□その他 | | |
| ケアマネージャー | 事業所名（　　　　　　　　　　　）　担当者（　　　　　　　　　　　） | | |
| その他 |  | | |