

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		連絡先	
住所		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	☐ 3日間 ☐ 5日間 ☐ 7日間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
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 ☐ 抗がん剤の使用 ☐ 麻薬の管理 ☐ 免疫用製剤の使用 ☐ 在宅酸素 () ☐ 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 ☐ 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			