

レスパイト入院申し込み表

面談日	2020年 月 日		紹介者（担当者）		
氏名					
年齢			生年月日		
歳					
紹介元					
病名					
住所	郵便番号	-			
家族構成					
キーパーソン			連絡先		
保険情報	☐ 後期 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生保				
生保の場合年金	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明				
身体障害者手帳	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明				
介護保険	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明		担当CM	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	
かかりつけ医			連絡先		
サービス利用	通所	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	訪問介護	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	
	訪問看護	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	デイケア	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	
リハビリ頻度	1週間に（ ）回リハビリを行っています。				
ADL	現在				
	食事	☐ 自立	☐ 介助	（ ）	
	排泄	☐ 自立	☐ 介助	（ ）	
	更衣	☐ 自立	☐ 介助	（ ）	
	屋内移動	☐ 自立	☐ 介助	（ ）	
	屋外移動	☐ 自立	☐ 介助	（ ）	
医療処置	☐ 吸引 ☐ インシュリン ☐ チューブ類 ☐ その他（ ）				
病状、状態			認知症について	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	
家族面談希望日	令和 年 月 日 時頃				
個室希望	☐ 個室 ☐ 無 ☐ 不明			金銭管理について	
希望入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日				
薬剤情報					
急変時対応	☐ 心臓マッサージ ☐ 気管内挿管 ☐ 人工呼吸器 ☐ DNAR（ ）				
利用目的					
備考					
	については入院時連携シートがあれば省略可能です。				