

共立蒲原病院レスパイト用紙

ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
住 所		電話番号	
かかりつけ医			
主 病 名			
入院希望の理由			
入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
退 院 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(種別と施設名)		
医 療 行 為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素(L) <input type="checkbox"/> その他()		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容() <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> フォーレカテーテル その他()		
身 体 状 況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態(褥瘡マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他()		
精 神 状 態 等	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 認知症なし		
感 染 症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
部 屋 の 希 望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(1日4,000円+税) <input type="checkbox"/> 2人部屋(1日2,000円+税)		
そ の 他			
要介護認定または障害区分			
ケアプラン作成 事業所名・電話 番号・担当者名			

送信元 :