

地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

京都中部総合医療センター 地域医療連携室 担当_____宛 FAX：0771-42-5071

ID：

フリガナ		男・女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	
患者氏名				年 月 日 (歳)	
住所		連絡先		TEL：	
		緊急連絡先		TEL：	
医療機関名	☐ 医師名：				
	☐ 京都中部総合医療センター 医師名：				
病名（主病名）					
入院希望理由					
入院希望期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 *14日以内				
退院先	☐ 自宅 ☐ その他（ ）				
医療処置	☐ 褥瘡 ☐ 吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻 ☐ 在宅輸液 ☐ 在宅酸素 ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器（機種名： ） ☐ その他（ ）				
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 嚥下障害なし ☐ 嚥下障害あり		
	☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ 軟飯 ☐ その他（ ）				
	注入食（商品名：		注入回数： 回/日		
排 泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ ストーマ ☐ バルーンカテーテル				
移動・身体状況	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他（ ）				
	☐ 寝たきり ☐ 褥瘡予防マット使用 ☐ 有 ☐ 無				
精神状況など	☐ 認知症 ☐ 不穏 ☐ 夜間不眠 ☐ 問題行動など（ ）				
部屋希望	☐ 個室（7,150または6,600円/日税込） ☐ 総室（4人部屋） ☐ どちらでも可				
要介護認定	☐ 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 ☐ 申請中				
または障害区分	☐ 障害区分（ ）				
担当 ケアマネジャー	事業所：			TEL：	
	担当者：				
申し込み者名					
備 考					

2021.12

*ベッドの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。