

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 船越 宛 FAX：0771-42-5071

フリガナ		男	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名		女		年 月 日 (歳)
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		
病名(主病名)				
入院希望の理由				
入院希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 *14日以内			
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設(施設名:)			
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ 痰吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素 ☐ 気管切開 ☐ 人工呼吸器(機種名:) ☐ その他()			
食 事	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 食事の内容() 経管栄養(内容: 1回量: ml 回数: 回/日) ☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし			
排 泄	☐ 自力歩行でトイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 導尿 ☐ Baカテーテル(Fr・交換日《 / 》) ☐ その他()			
身体状況	☐ 寝たきり(褥瘡マット使用 ☐ 有 タイプ: ☐ 無) ☐ 車椅子移動 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行可能 ☐ その他()			
清 潔	☐ 清拭 ☐ 入浴介助 ☐ 訪問入浴 ☐ デイサービス (最終入浴日 /)			
精神状況など	☐ 不穏状態あり ☐ 認知症あり ☐ その他()			
部屋希望	☐ 個室(1日¥7,020 税込み) ☐ 個室(1日¥6,480 税込み) ☐ 大部屋			
要介護認定または 障害区分	☐ 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()			
ケアプラン作成	事業所名:		電話番号	
	担当者名:			
申し込み者名				
備 考				

注) 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。