

浜松赤十字病院 介護家族支援短期入院（レスパイト入院）申し込み書

F A X 送信先： 053-401-1166 浜松赤十字病院 地域医療連携室 宛て

紹介元医療機関・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所	
機関名	
所在地	
かかりつけ医療機関	
申込者氏名・職種	氏名 医師・訪問看護師・ケアマネジャー
申込者連絡先（Tel・FAX）	電話番号 FAX番号

レスパイト入院希望者					
フリガナ		男・女	生年月日	明・大昭・平	年 月 日
氏名			年齢		歳
現住所	〒	—	連絡電話番号	—	—
診断名					
入院希望日	平成	年	月	日	～ 年 月 日
入院理由					
当院診察券	無・有→ご記入をお願いします。診察券（No. ）				
保険証	（※コピーをFAXして頂いても構いません）				
保険者番号		記号・番号			本人・家族
		受給者番号			
負担割合	1割・2割・3割・その他（ ）				
要介護認定	未・申請中・済⇒ 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				

現在の状態（以下の該当項目に○を付け、ご記入下さい）	
1. 人工呼吸器	無・有 ⇒ 機種名： 気管切開 有・無
2. 酸素療法	無・有
3. 食事 食事形態	自力摂取・介助摂取・胃管チューブ・胃瘻、水分： トロミ 有・無 主食： 米飯・軟飯・全粥・ミキサー 副食： 普通・カット・1口カット・ミキサー
4. 排泄	自力トイレ・自力ポータブルトイレ・オムツ・カテーテル
5. 清潔ケア・回数	自力・部分介助・全介助 入浴・シャワー・清拭 日/週
6. 移動	自力・杖・シルバーカー・車いす・ベッド（ストレッチャー）
7. 認知症	無・有 気になる行動：
8. 麻痺	無・有 麻痺の部位：
9. 処置	無・有 処置内容： 部位：
10. 薬の内容	お薬手帳のコピーか診療情報提供書をFAXして頂いても構いません
11. 使用マット	体圧分散マット・エアーマット・その他：
12. 現在の症状	せき・たん・皮膚のかゆみ・発疹 その他（ ）
13. アレルギー有無	無・有（ ）
その他 入院中のケア等	