

河北中央病院 レスパイト入院申し込書

平成 年 月 日

紹介元医療機関	病名・希望
機関名称: 所在地: 医師名: 電話番号: FAX番号:	病名 : 発病年月日 : 年 月 日 入院希望日 : 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

《入院される方》

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	T・S・H	年 月 日
氏名			連絡先電話番号		
現住所	〒				
緊急連絡先	氏名:	(続柄:)	電話:		携帯:
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	
公費負担者番号		受給者番号			
		負担割合	1割	・ 2割	・ その他(割)

下記についてはご家族の方が読んでいただき、署名をお願いいたします。

【 レスパイト入院の注意事項と同意について 】

- ・ 内服薬はご持参分を使用させていただきます。 服薬あり 服薬なし
- ・ 入院中のリハビリのご希望についてお聞きします。 希望する 希望しない
- ・ 初診の方は入院時に状態を把握させていただくために採血、心電図、胸部撮影等の検査をさせていただくことがあります。
- ・ 入院中に病状の悪化を来した場合には通常の入院となり、主治医と相談の上転院となる場合があります。病状の悪化を来した場合についてお聞きします。(治療の際には必ず再度 ご確認をさせていただきます。)
緊急を要する場合に 積極的な治療を希望する 希望しない
- ・ 個室・大部屋の指定は出来ませんのでご了承ください。
- ・ 他の入院患者さんにご迷惑となるような行為等があった場合は、入院のご継続が困難になる場合があります。

以上の事柄について確認しました。

平成 年 月 日

患者様氏名 :

家族氏名 :

(印)

入院時患者基本情報

記載日 (年 月 日) 施設名 () 記載者 () NO.1

一般的背景	氏名 (男・女)	受診日	
		受診経路：自宅・病院 () ・施設 ()	
	生年月日 年 月 日	身長： 体重：	
	住所	血液型： 輸血歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		電話 ()	
	食物アレルギー： 有・無 ()	職業	
	薬剤アレルギー： 有・無 ()	その他	
	感染症： 有・無 ()		
	緊急連絡先 氏名	続柄	TEL
	①		
②			
③			
経過	受診となった経過		
	最終バイタル：体温： 呼吸数： 回/分 脈拍： 回/分 血圧： / mmHg SpO2： %		
ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 設定レート： 回/分 (~ 回/分)			
既往歴	発症時期	病名	特記事項
	才		
	才		
	才		
	才		
	才		
	才		
	才		
生活像	持参薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院・医院)		
	喫煙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日) 過去 (年前)		
	飲酒歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度： 種類・量)		
	運動習慣： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	食事内容： (普通食・お粥・ブレンダー食・キザミ・とろみ・治療食)		
	食欲： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	食事回数： 回/日		
	趣好品：		
	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 上下 (総) ・上 (総) ・下 (総) ・部分 (上・下・上下)		

排泄	排尿習慣： 回/日	夜間： 回/日
	方法：(オムツ・紙パンツ・トイレ・他)	排尿障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ADL	排便習慣： 回/日	便秘： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 最終排便 (/)
	方法：自立・一部介助・全介助	下剤： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
認知・知覚	寝返り：自立・一部介助・全介助	起き上がり：自立・一部介助・全介助
	移乗：自立・一部介助・全介助	口腔清潔：自立・一部介助・全介助
睡眠	衣服の着脱：自立・一部介助・全介助	補助装具：
	座位保持：自立・一部介助・全介助	麻痺： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
家族状況	食事摂取：自立・一部介助・全介助	【 】
	意識レベル：()	
福祉	視覚障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (緑内障・視野狭窄・半盲・全盲)	
	眼鏡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
備考	聴覚障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	補聴器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
備考	言語障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (構音障害・失語症・気管切開)	
	コミュニケーション手段：(大きな声で・筆談・文字盤・外国語通訳)	
備考	認知障害の状態：(記憶力の低下・意識障害・感情失禁・昼夜逆転・徘徊・せん妄・介護の抵抗・他)	
	睡眠時間： 時～ 時	
備考	睡眠障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (入眠困難・早期覚醒・中途覚醒・熟眠感なし)	
	薬剤の使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (マイスリ・リドルミン・デパス・ルソロン・リスパダール・グラマリル・セキエル・アピオン・他)	
備考	寝具： <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ふとん <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> その他 ()	
	●キーパーソンには「★」を、主な介護者には「*」をコメントしてください。	
備考	介護保険： 申請中 ・ 申請未 ・ 申請済	介護度：
	サービスの種類：	
備考	担当ケアマネ：	所属：
	例：HOT・在宅吸引・宗教的制約・身体障害者手帳・スタッフに対する要望・退院時のADLについて・看取りについて	