



## <レスパイト入院申込書>

FAX番号（直通） 公立岩瀬病院地域連携室 0248-75-3388

事業所名：.....  
御担当者名：.....  
電話番号：.....  
FAX番号：.....  
申込日： 令和 年 月 日 .....

ご利用者名	様
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
性別	男 ・ 女
住所	
電話番号	
希望入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
送迎方法	車椅子 ・ 寝台 ・ その他（ ）
個室希望	有 （一般個室/特別個室） ・ 無

初めての方はかかりつけ医からの診療情報提供書・ADL評価表をお願いします。  
2回目以降のご利用方でADLの変化がある場合は、再度ADL評価表の作成をお願いします。

- ◆レスパイト入院を利用する際は、原則 1ヶ月前までに地域医療連携室に連絡のうえFAXをお願い致します。
- ◆平日入院・平日退院となります。
- ◆入院時必要物品
  - 保険証 処方薬（利用日数分を必ずご持参ください）
  - 胃ろう注入品やストーマ装具など（利用日数分を必ずご持参ください）
  - パジャマ おむつ 日用品など必要なものをご準備ください

※パジャマ、おむつについては、セットレンタルもあります（別途料金がかかります）

## ADL 確認表

該当する項目に記入をお願いします。該当する□にしをお願いします。

記載日 年 月 日 (担当者名: )

ふりがな			明・大・昭・平
患者氏名	生年月日	年 月 日	歳
かかりつけ医			
介護保険または障がい区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障がい区分 ( ) <input type="checkbox"/> その他		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	1日 ( ) 食 <input type="checkbox"/> 朝 ・ <input type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夕	
	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> 部分介助	
	<input type="checkbox"/> 全介助	禁止食物 ( ) <input type="checkbox"/> 制限食 ( ) kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻 ) CV・ポート <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 見守り	
	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル ( ) Fr 次回交換日 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> ストーマ	
	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 便秘時の対応 ( )	
清 潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 見守り		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 有 ( 総 ・ 部分 ) <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 見守り		
身体状況	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 寝たきり (エアマット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車イス移動 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 全介助	衣服着脱 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 麻 痺 : <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 視覚障害 : <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト ) 聴覚障害 : <input type="checkbox"/> 有 ( 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
コミュニケーション	発語 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	構音障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
意識・精神状態	<input type="checkbox"/> 不穏状態あり <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	夜間 : <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不良 ( 薬剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 ( 部位 : 大きさ : 処置 : )		
	<input type="checkbox"/> 痰の吸引 ( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 酸素 ( ℓ/分 経鼻 ・ マスク )		
	<input type="checkbox"/> 麻薬管理 薬品名 ( ) <input type="checkbox"/> 投与時間 ( )		
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 チューブのサイズ ( ) <input type="checkbox"/> 交換予定日 ( )		
	<input type="checkbox"/> インスリン 薬品名 ( ) 単位 ( )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

(注) 病床の空き状況により、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