

当院では、レスパイト入院の事前予約を受け付けております。

別紙の案内をご確認のうえ、下記予約申込書・薬剤情報をFAXにて地域連携室までお申し込みください。

### < レスパイト(介護者支援)入院 予約申込書 >

※必要事項の記入および該当項目に○を付けてください

申込日:令和 年 月 日

紹介元機関名				担当者名			
電話番号	-		FAX番号	-			
ふりがな				男・女	明・大・昭・平		
患者氏名				生年月日	年	月	日(歳)
住所	〒 -			電話番号( - - )			
かかりつけ医							
病名							
紹介状	依頼予定 ・ 依頼中 ・ 作成済み ← FAXしてください (医療機関名: )						
希望理由	家族の介護疲れ ・ 家族の急な入院 ・ 冠婚葬祭 ・ その他 ( )						
希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 ( 日間) (※概ね数日から1ヶ月程度)						
部屋希望	なし ・ あり ( 大部屋 ・ 個室 ) ※部屋希望はご希望に添えない場合もあります。						
その他							
介護保険	認定なし ・ 申請中 ・ 認定あり ( 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☑をご記入下さい

移動	歩行( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り ) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助でトイレ <input type="checkbox"/> その他						
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セティングで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 絶食						
飲み込み	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> できない						
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助						
ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない						
処置医療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻注 ) CV( <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> カテーテル ) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> IVH管理 <input type="checkbox"/> 吸引(頻度 回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法( 分/分 ) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 麻薬の使用						
その他	認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 問題行動: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他 )						

※ご記入頂いた個人情報 は 当院の診療以外の目的で使用することはありません。

【お問い合わせ先】 公益財団法人慈愛会 いづろ今村病院 地域連携室

〒892-0824 鹿児島県鹿児島市堀江町17-1

直通TEL:099-226-2180 直通FAX:099-226-2181

問い合わせ対応日時 平日8:30~17:30 土曜:8:30~12:30