

JCHO東京城東病院 レスパイト入院申込書

●送信先 JCHO東京城東病院 地域医療連携室

〒136-0071

送信日 令和 年 月 日

東京都江東区亀戸9丁目13-1

TEL: 03-3637-2589 地域医療連携室

FAX: 03-3637-6916 地域医療連携室

送信者

●患者さんの情報

フリガナ 患者名			大・昭・平・令 年 月 日生 (年齢) 男 ・ 女				
住所			連絡先①				
			連絡先②				
医療機関名 (かかりつけ)			医師名				
			TEL				
既往歴							
入院希望の 理由							
入院希望期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで					
アレルギー	なし・あり ()						
医療行為	<input type="checkbox"/> 吸引 (頻度 /日) <input type="checkbox"/> 酸素 (L/m) <input type="checkbox"/> 気管切開 (Fr)						
	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位: 背部・大転子部・仙骨部・踵部・その他 ())						
	<input type="checkbox"/> バルーン留置 (Fr) <input type="checkbox"/> その他 ()						
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> エアマット使用 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防マット タイプ						
	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()						
栄養	<input type="checkbox"/> 経口 (1.. 自立 2. 一部介助 3.全介助) 食形態 ()						
	<input type="checkbox"/> 経管 (経鼻 ・ 胃ろう ・ その他)						
	<input type="checkbox"/> 点滴なし・あり (末梢 ・ 中心)						
精神状態など	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 精神疾患あり <input type="checkbox"/> 入院して不穏状態になったことがある						
その他	()						
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2						
	<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						
ケアプラン 作成	事業所名 :				TEL :		
	担当者名 :						
病室希望	(個室希望 ・ 多床室希望 ・ どちらでも可)						