

## 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 ( 歳) 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	経口 (1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助) 食形態 ( ) 経管 ( 経鼻 ・ 胃ろう ・ その他 ) 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)		