

# レスパイト入院申込書

南港病院 病診連携よろず相談室 宛

FAX 06-6683-0557

記入日 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	大正・昭和・平成
患者氏名				年 月 日 ( 歳)
住所	〒 電話 ( - - )			
連絡先 (本人以外)	氏名 :	自宅電話	-	-
	続柄 :	携帯電話	-	-
	住所 :			
かかりつけ医			医師名 :	
			連絡先 :	
入院希望日	年 月 日 ~		年 月 日	
入院希望理由				
ケアマネジャー	事業所名 :			
	担当者名 :		連絡先 :	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1 2 3 4 5 )			

## 現在の状態

医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位 : ) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素 ( ℓ)
	<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 食事内容 ( )
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (自立・介助) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド
認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
在宅での 介護体制	

備考 : 保険証の確認 診療情報提供書 お薬 主治医 受診歴

※申し込み期日 : 2週間前までに申し込み下さい。複数名重複する場合は日程調整させていただきます。

但し緊急時の場合は、直接ご連絡下さい。

社会医療法人 三宝会 南港病院 〒559-0011 大阪市住之江区北加賀屋 2-11-15  
よろず連携室直通 06-4702-8009