

※ 下記情報は、入院受入れ・入院中の医療やケアに関して必要な情報ですので、漏れなく記入してください。

※ レスパイト入院申込書と一緒に提出ください。

連絡先①	患者との関係		連絡先②	患者との関係					
	氏名			氏名					
	電話番号 (自宅)			電話番号 (自宅)					
	電話番号 (携帯電話)			電話番号 (携帯電話)					
キーパーソン (連絡先①か②のいずれか)		氏名	続柄						
既往歴	既往歴①								
	既往歴②								
	既往歴③								
	既往歴④								
	既往歴⑤								
	既往歴⑥								
	既往歴⑦								
	既往歴⑧								
ペースメーカー	なし	あり	(設定 :)						
感染症	なし	あり	()						
福祉	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級							
		肢体不自由	上肢 () 級	下肢 () 級	体幹 () 級				
		脳原性	() 級	上肢 () 級	移動 () 級				
		視覚	() 級	聴覚 () 級	言語 () 級	心臓 () 級			
		腎臓	() 級	呼吸器 () 級	膀胱結腸 () 級				
	精神保健福祉手帳	() 級							
療育手帳	()								
介護保険	現在の介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <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							
	事業所名								
	ケアマネジャー名								
利用している社会サービス内容 (サービスをすべて記入)									
お薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※お薬手帳をお持ちください							
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: , 管理方法:)							
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守れていない							
	お薬に関する特記事項								
医療処置の状況	喀痰吸引	なし	あり	回/日	医療処置の状況				
	気管切開	チューブ種類:				CVポート	輸液種類:		
		カフ・エア:					量:		
	在宅酸素	業者:				血糖測定 (自己管理)	なし	あり	回/日
		通常時:		リットル/分			(可能 不可能)		
		労作時:		リットル/分		インスリン (自己注射)	なし	あり	回/日
	人工呼吸器	業者:					時間:	(可能 不可能)	
		設定:				麻薬使用	薬品名:		
	人工肛門	パ け交換頻度		日毎			用量:		
	カストミ	パ け交換頻度		日毎		褥瘡処置	方法 ()		
	腎瘻	挿入部位	右	左		褥瘡以外	部位 ()		
	胃瘻	チューブ種類:		Fr		創傷処置	方法 ()		
	腸瘻	チューブ種類:		Fr		その他			
	経鼻胃カテーテル	チューブ種類:		Fr					
中心静脈栄養	輸液種類:								
	量:								

健康状況	主疾病	1 2 3		排泄	排尿	自立 全介助	見守り	一部介助	
	麻痺・拘縮	なし 部位（	麻痺あり 拘縮あり		排便	自立 全介助 下剤服用	見守り あり	一部介助 なし	
	痛み	なし 部位（	あり 治療中		尿失禁	あり	なし		
	褥瘡	なし 部位（	あり 治療中		便失禁	あり	なし		
	皮膚疾患	エアマットの使用（ありなし）			日中	トイレ オムツ	ポータブル 留置カテーテル使用	尿器	
		なし 部位（	あり 治療中		夜間	トイレ オムツ	ポータブル 留置カテーテル使用	尿器	
ADL	寝返り	できる 全介助	見守り 一部介助	コミュニケーション	視力	問題なし (眼鏡使用	はっきり見えない あり	ほとんど見えない なし	
	起き上がり	できる 全介助	見守り 一部介助		聴力	問題なし (補聴器使用	はっきり聞こえない あり	ほとんど聞こえない なし	
	座位	できる 全介助	見守り 一部介助		言語 意思疎通	問題なし	問題あり（		
	移乗	できる 全介助	見守り 一部介助	認知と行動	もの忘れ	なし (認知症確定診断	あり あり	なし	
	入浴	できる 全介助	見守り しない		意思決定	できる 困難	時々できる	困難	
	移動	できる 全介助	見守り 一部介助		行動・心理状況	抑うつ 被害的 大声 収集 同じ話を繰り返す	不安 作話 介護拒否 独語	興奮 昼夜逆転 落ち着きない 徘徊	
	更衣	できる 全介助	見守り 一部介助		睡眠	状態	良眠 その他（	不眠	
	整容	できる 全介助	見守り 一部介助	眠剤		あり	なし		
	移動方法	車いす 杖	特殊寝台 他	歩行器	介護力	介護者	氏名 続柄		
	摂取状況	自立 全介助	見守り 一部介助	介護者の健康		健康 病身（	高齢		
嚥下障害	あり	なし	介護の提供	常時 特記（		日中のみ 夜間のみ			
食事	嚥下	できる 全介助	見守り できない						
	栄養状態	良好	普通	不良					
	水分摂取	自立 全介助	見守り 一部介助						
	食事形態	トロミ（							
		主食：常食 全粥食 分粥食（分） キザミ食 トロミ食 ミキサー食 副食：常食 軟菜食 キザミ食 トロミ食 ミキサー食 経腸栄養・流動食：（種類・時間等） その他特記事項（							
	口腔ケア	自立 全介助	見守り 一部介助						
	口腔状態	自歯 義歯	（上 下 部分）						
	アレルギー	なし あり（							
禁忌食	なし あり（								

療養について の意向	本人 家族			
その他の 伝達事項	※あれば記載	特別な 状況	一人暮らし ターミナル その他（	日中独居 成年後見 生活保護

記入された方 職種：

氏名：