レスパイト入院申込書

**ＦＡＸ送信先：０３－３５１８－２１５８**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込日** | **令和　　　年　　　月　　　日** | **事業所名** |  |
| **申込（ご担当）者名** |  | **電話番号** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな****ご利用者名** |  | **性別****男・女** | **生年月日** | **T・S・H　　　　　年****月　 日（　 　　歳）** |
| **入院希望期間** | **令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで** |
| **部屋希望** | **□個室（1日13,200円税込）　□二人部屋（1日6,600円税込）　□大部屋** |
| **入院の理由** |  |
| **主病名** |  |
| **医療行為** | **□褥瘡処置　□吸引 □麻薬の管理　□胃ろう　□経管栄養　□気管切開　□点滴****□酸素　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **日常生活動作** | **□寝たきり（褥瘡マット使用　□あり　□なし）　□車椅子　□歩行****・食事形態（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）****・排泄方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **精神状態など** | **□認知症あり　□声出し　□大声　□徘徊　□暴言　□暴力****□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **現在利用中の****サービス** | **介護保険認定　□あり（　　　　　　　　）　□なし****□訪問診療→診療所名（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　　）****□訪問看護→事業所名（　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　　）****□ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ→事業所名（　　　　　　　　　 　）電話（　　　　　　　 　　）****□その他** |

* **お申し込みの際は、地域医療連携室にご連絡の上、「レスパイト入院申込書」、かかりつけ医から**

**の「診療情報提供書」および「ADL表」をFAXでお送りください。**

* **原則としてご利用日の1か月前までにお申し込みをお願いします。**
* **入院は平日（土・日・祝日以外）のみ、退院日の退院時間は14時までとさせていただきます。**
* **送迎時の介護タクシーの手配は、お申し込みされる方にお願いしております。**
* **ご希望の方には、衣類、アメニティなどのレンタルサービスをご紹介しております。**
* **その他ご不明な点は、三楽病院　地域医療連携室　03-3292-3981までお問合せください。**