

地域包括ケア病床 レスパイト入院 申込書

申込日 年 月 日

医療法人みらい みらいリハビリテーション病院 地域連携室

TEL:099-252-2535 直通FAX:099-814-3771

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

フリガナ			住所			
氏名						
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別
主病名			既往歴			
入院希望の理由	☐ ご家族の介護疲れ ☐ ご家族の急な入院 ☐ ご家族の出張や旅行					
	☐ 冠婚葬祭 ☐ その他 ()					
入院希望日	年	月	日	～	年	月
送迎方法	☐ ご家族の自家用車 ☐ 介護タクシー					
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号	
家族構成図	在宅主治医					
	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
		認定日	年 月 日			
		有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	特定疾患	☐ 無 ☐ 有 (疾患名:)				
	障害者手帳	☐ 無 ☐ 有 (☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神) (級)				
	障害高齢者の日常生活自立度	☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				
認知症高齢者の日常生活自立度		☐ なし ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
問題行動	☐ 失禁 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 不穏行為 ☐ 攻撃的行為 ☐ 昼夜逆転 ☐ 火の不始末					
麻痺	☐ なし ☐ あり (部位:)					
移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
排泄	昼	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
		トイレ誘導 (☐ 要 ☐ 不要) ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハパン ☐ ポータブル ☐ バルーン				
	夜	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
		トイレ誘導 (☐ 要 ☐ 不要) ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ リハパン ☐ ポータブル ☐ バルーン				
食事	種類	☐ 常食 ☐ 治療食 () () カロリー/日				
	摂取状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	形態(主食)	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー粥				
	形態(副食)	☐ 常菜 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ ソフト食 ☐ ペースト ☐ ミキサー				
	経管栄養	☐ MT ☐ 胃ろう ☐ その他 ()				
整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
コミュニケーション	☐ 日常会話支障なし ☐ 簡単な会話のみ ☐ 単語程度 ☐ 不可					
内服	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
睡眠	☐ 良眠 ☐ 普通 ☐ 眠れない ☐ 眠剤内服中					
褥瘡	☐ なし ☐ あり (部位:)					
備考						