

短期集中リハビリ
レスパイトケア

入院をされる方へ

フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
氏名			年齢	歳			
主介護者名	氏名	続柄 (同居・別居)		TEL	—	—	
キーパーソン	氏名	続柄		TEL	—	—	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成数 名) <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()						
かかりつけ医							
ケアマネジャーの情報	(有・無)			連絡先:			
	事業所:						
	ケアマネジャー名前:						
入院希望日※	令和 年 月 日 曜日 ~ 月 日 曜日						
※短期集中リハビリ入院の場合、入院期間はご相談の上決定いたします							
入院希望の部屋	<input type="checkbox"/> 個室(有料) ・ <input type="checkbox"/> 2人部屋(有料) ・ <input type="checkbox"/> 大部屋 ・ <input type="checkbox"/> いずれでも可						

以下の項目の記入をお願いします。(□項目の場合はレ点を付けて下さい)

人口呼吸器装着	(有・無) 機種名 ()						
気管切開	(有・無)						
酸素療法	(有・無) 吸入量 (L/min 経鼻・マスク・その他)						
創傷(床ずれ)	(有・無) 部位・処置 ()						
食 事	<input type="checkbox"/> 経口 < 自立・介助 > <input type="checkbox"/> 胃管チューブ <input type="checkbox"/> 胃瘻) 朝: 内容 昼: 夕:						
排 泄	(<input type="checkbox"/> 自力歩行でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル) 最終排便 月 日 排便困難時の下剤の使用 (有・無) 下剤の内容()						
移 動	(<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上) 移動希望()						
寝返り介助	(<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) () 時間毎に体の向きを変えている 注意している点() 特殊寝具の利用(<input type="checkbox"/> ヘルスマット <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> その他)						
清 潔	洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 最終入浴日 / 清拭 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
更 衣	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
認知症	(有・無)						
その他(注意事項等)							
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(/ 申請) <input type="checkbox"/> 認定済み 介護度: 要支援 () 要介護 ()						