**レスパイト入院申込書**

**FAX送信先　０３－３２９２－１３００**

**公益財団法人佐々木研究所附属杏雲堂病院　患者サポート室　宛**

申込日　西暦　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **紹介元医療機関** | | | |
| 医療機関名称 |  | 医師名 |  |
| 電話番号 | ―　　　　　― | ＦＡＸ番号 | ―　　　　　― |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **レスパイト入院希望者** | | | | | |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 明・大  昭・平 | 年　　月　　日　　歳 |
| 氏名 |  | 連絡先電話番号 | －　　　　　－  　　　　　　　　　続柄（　　　　　） | |
| 現住所 | 〒　　　　－ | | | | |
|  | | | | |
| 診断名 |  | | | | |
| 入院希望日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　～　　　　月　　　日　　　　　　　　\*14日以内 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **現在の状態**（以下の項目にチェックをお願いいたします） | |
| 人工呼吸器装着 | （　有　・　無　）　気管切開（　有　・　無　）　酸素療法（　有（　　）ℓ・　無　） |
| 創傷（床ずれ） | （　有　・　無　）　部位・処置（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | （経口＜ 自立 ・ 介助 ＞　胃管チューブ　胃瘻　）　　　嚥下障害（　有　・　無　） |
| 誤嚥性肺炎既往歴（有（　　　　歳）・　無　） |
| 食事内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　水分とろみの必要性（　有　・　無　） |
| 食事時の注意点 |
| 排泄 | （　トイレ ＜ 自立 ・ 介助 ＞　ポータブルトイレ　　おむつ　　尿管カテーテル ） |
| 移動 | （　自力　　杖　　シルバーカー　　車椅子　　ベッド　） |
| 認知症 | （　有　・　無　） |
| 在宅での  介護体制 |  |

**急変時の対応についてお伺いします。**

・現在の主な病気の悪化により容態が急変した場合、延命治療を・・・

　　□希望する　　　　　　　□希望しない

・現在の主な病気以外で容態が急変した場合、延命治療を・・・

　　□希望する　　　　　　　□希望しない