**町立津南病院　レスパイト入院相談用紙**

送信先：津南病院地域連携室　FAX：０２５-７６１-７７１０（連携直通）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **性別** | □男□女 | **自宅での居室内・ベッド周囲等の状況**  （例：右側から降りる・L字バーなど）  ※イラストでも可能 |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | □M□T□S□H　　　年　　　月　　　日 | | |
| **住所** | 〒 | | |
| **主病名** |  | | |
| **入院希望日** | 年　　　　月　　　　日（　　　　）　～　　　　年　　　　　　月　　　　　日（　　　　　）  ※**入院希望日は土日祝・年末年始以外**でご記入ください  ※退院は土日祝・年末年始以外の10時～１５時の間でお願いしています | | | |
| **入院希望の**  **理由** |  | | | |
| **医療行為** | □無　□有　※有の場合は下記に詳細の記入をお願いします。 | | | |
| **食事** | □自力摂取　□一部介助　□全介助  食事内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **排泄** | □トイレ（自力歩行・車椅子）　□Pトイレ　□オムツ  □導尿( 回/日)　□バルンカテーテル  □その他 | | | |
| **移動手段** | □ベッド・ストレッチャー　□車椅子　□歩行（□歩行器　□杖　□独歩） | | | |
| **精神状態** | 認知症　□無　□有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  問題行動：□無□有（□大声□徘徊□暴力行為□不潔行為□その他　　　　　　　　） | | | |
| **特記事項** | ※留意する点等あれば記載してください | | | |
| **ケアプラン**  **作成者** | 事業所名：　　　　　　　　　　　　担当者名： | | | |