

※原則、レスパイト入院中に当院他外来・他院への受診はできません。

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）

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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
生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は下記に詳細の記入をお願いします。			
食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容()			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(自力歩行・車椅子) <input type="checkbox"/> P トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿(回/日) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他			
移動手段	<input type="checkbox"/> ベッド・ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩)			
精神状態	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名) 問題行動: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 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:	

開始:令和元年 7 月 1 日
改定:令和7年4月1日