

※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）

フリガナ		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時の間をお願いしています			
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：			

開始：令和元年7月1日
改定：令和7年4月1日