

リフレッシュ入院申込書

ふりがな 患者氏名	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
住所・電話番号	〒 TEL：		
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由	☐ 介護者の休養（ ） ☐ 本人のリハビリ強化 ☐ その他（ ）		
入院希望期間	令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ） ※数日前後しても対応 ☐ 可 ☐ 不可 その他特記事項（ ） ※病室の稼働状況により、ご希望に添えない可能性があります。		
交通手段	☐ 自家用車 ☐ 介護タクシー ☐ 施設送迎 ☐ その他（ ）		
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設（ ）		
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ たん吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃ろう ☐ 気管切開 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素 ☐ その他（ ）		
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 食欲 ☐ あり ☐ なし トロミ ☐ あり ☐ なし 食事の内容（ ）		
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ 排便間隔（毎日 回/ 日1回程度） ☐ 膀胱留置カテーテル（最終交換日 ） ☐ その他（ ）		
身体状況	☐ 寝たきり状態（褥瘡マット使用 ☐ あり ☐ なし） ☐ 車椅子乗車可（ ☐ 自立 ☐ 介助） ☐ 歩行可能（ ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器・シルバーカー） ☐ その他（ ）		
精神状態など	☐ 不穏状態あり ☐ 認知症あり ☐ 認知症なし		
感染症	☐ なし ☐ あり（ ☐ HBs抗原 ☐ HCV抗体 ☐ TP抗体 ☐ その他（ ））		
アレルギー	☐ 薬（ ） ☐ 食べ物（ ） ☐ その他（ ）		
希望の部屋	☐ 個室（1日8,800円、6,600円） ※個室にトイレや浴室、シャワーの設備はありません。 ☐ 大部屋（ ☐ TV設置希望（1日1,100円） ☐ 無料部屋） ※病室の稼働状況により、ご希望に添えない可能性があります。		
要介護認定	☐ 支援1 ☐ 支援2 ☐ 介護1 ☐ 介護2 ☐ 介護3 ☐ 介護4 ☐ 介護5 ☐ 申請中 ☐ なし		
障害区分	☐ 障害区分（ ）		
担当ケアマネジャー	事業所名： 電話番号： 担当者氏名：		
申し込み者	氏名： ☐ 患者家族（続柄 ） ☐ 担当ケアマネジャー ☐ その他（ ）		
備考			