

提出日：令和 年 月 日

## 【レスパイト入院申込書】

医療法人社団健身会  
さくら中央クリニック  
御担当者 殿

TEL：03-6413-9290  
FAX：03-6413-9285

フリガナ  
患者様氏名  
フリガナ  
代理人氏名  
患者様との続柄

1、記入上のお願い  
・各項目毎に該当するところを○で囲んでください。  
・【】の個所は出来るだけ具体的に記述して下さい。

2、申込時には、レスパイト入院申込書(本用紙)、診療情報提供書、血液等検査データ、入院中の方は看護サマリーをご提出下さい。

レスパイト入院予定期間:令和 年 月 日~令和 年 月 日 ( 日間)					
部屋の希望：(個室・大部屋)【 】					
生年月日:(明治・大正・昭和) 年 月 日 生まれ ( 歳) 男・女					
現住所：			電話： ( )		
健康保険負担割合 (1割・2割・3割・なし)			要介護度 (支援:1・2 介護:1・2・3・4・5)		
家族の状況(近親者)	No	続柄	氏名	年齢	電話番号
	1				( )
	2				( )
	3				( )
CM情報	事業所名				
	担当ケアマネージャー様				
	連絡先	TEL	( )		
		FAX	( )		
身体状況	日常生活動作	概況		留意事項記入欄	
		移動	自力で可能・介助で可能・不可能	(杖・車いす・寝たきり)【 】	
		食事	自力で可能・介助で可能・不可能	【食事形態:】	
		入浴	自力で可能・介助で可能・不可能	【 】	
		排泄	自力で可能・介助で可能・不可能	(おむつ・パット・尿器・ポータブルトイレ)【 】	

身体状況	生	活動状況 (日中の過ごし方)			
	活	認知症	[ ない・ややある・ある ]	* 認知症がある方はお答え下さい。	
	の		(徘徊・不穏・大声・介護拒否・不眠)		
	状		【留意すべき行動内容についてお書き下さい】		
	況	健康状況	健康・病弱・持病(病名: )		
			(手術歴: )		
			* 医療機関等の診療情報提供書、看護サマリー(入院等をしていった場合)を本申込書と同時にご提出下さい。		
			通院治療中: 病名( )		
			病院名:		
			服薬している薬:		
		アレルギーの有無(有・無) 有(食べ物・薬)【 】			
	身体障害状況	障害の有無(有・無)	障害部位:	障害者手帳の種別(種 級)	
	必要な医療行為	(経管栄養・酸素・吸引・尿カテーテル・インスリン・その他)【 】			
	補装具等	現に使用している補装具等の名称・形式等【 】			
	入院希望理由(具体的に)				
	クリニックへのご要望事項(具体的に)				
緊急連絡先	No	フリガナ氏名	本人との関係	住所及び電話番号	職業・勤務先及び電話番号
	1				
	2				
	3				
	4				
	緊急時対応の希望				