レスパイト入院予約申込書

FAX 送信先　078-231-5926

独立行政法人　労働者健康安全機構　神戸労災病院　地域医療推進室　宛て

フリガナ		生年月日	大正　・　昭和　・　平成 年　月　日（　歳）
患者氏名			
住所		連絡先	
		緊急連絡先	
医療機関名 （かかりつけ医）		医師名	
		電話番号	
入院希望期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　（　日間）		
主病名			
主な既往歴	□高血圧　□糖尿病　□脳梗塞　□不整脈　□その他（　）		
医療行為	□ 胃瘻・腸瘻　□ ペースメーカー　□ ポート　□ 膀胱留置カテーテル		
	□褥瘡または創傷の処置　□経口摂取以外で栄養補給（ 点滴/CV ・ 胃瘻 ・ 経鼻 ） □抗がん剤の使用　□麻薬の管理　□免疫用製剤の使用 □在宅酸素（　ℓ）□気管切開　□人工呼吸器（機種名：　） □その他（　）		
身体状況	寝 返 り：□自分でできる　□何かにつかまれば自分でできる　□できない 移　乗：□介助なし　□一部介助　□全介助 口腔ケア：□介助なし　□全介助 食　事：□介助なし　□一部介助　□全介助（胃瘻、腸瘻を含む） 診療・療養上の指示が通じる：□はい　□いいえ 危険行動：□あり　□なし		
部屋の希望	□ 大部屋　□ 有料４人室（2,310 円）　□ 個室Ｃ（17,600 円） □ 個室Ｂ（19,800 円）　□ 個室Ａ（20,900 円）　□ 特室Ａ（33,000 円） （括弧内は１日当たりの室料）＊ベッドの空き状況によりご希望に添えない場合があります		
要介護認 障害区分	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ □障害区分（　）　□その他		
ケアマネージャー	事業所名（　）　担当者（　）		
入院希望日前 ３か月以内の **他院**入院歴	①（　）病院　月　日　～　月　日 ②（　）病院　月　日　～　月　日 ③（　）病院　月　日　～　月　日		
そ　の　他			