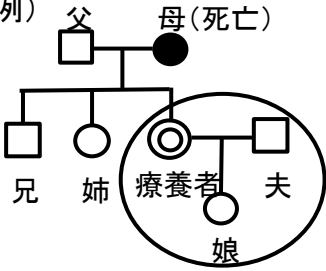


レスパイト入院申込兼問診票

記入年月日 年 月 日

レスパイト入院にあたり、以下の質問にご協力下さい(わからない所は空欄でもかまいません)

フリガナ 療養者氏名		男 女		住所			
		身長	cm	体重	kg		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			年齢	歳		
アレルギー	食品			薬剤	その他		
5年以内に受けた予防接種							
採血や血圧測定を してはいけない 腕はありますか				☐ 無し	☐ 右腕	☐ 左腕	
				☐ 両腕			
連絡先	お名前		続柄	固定電話	携帯電話		
①							
②							
希望入院期間	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時						
部屋希望	☐ 多床室 ☐ 個室(トイレ無し):2200円 ☐ 個室(トイレ有):2750円						
レスパイト入院 希望理由							
かかりつけ医	☐ 無し ☐ 有り ()						
介護認定	☐ 無し	☐ 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					
介護サービスの利用内容							
ケアマネジャー	所属			担当者			
家族構成を図にて記して下さい(描き方は記入例を参照して下さい)							
書き方と記号の説明		家族構成の図		記入例)			
◎	療養者						
□	男性						
○	女性						
亡くなられた方は黒で塗って下さい(■等)							
同居の方は線で囲んで下さい							
今までにかかった事のある病気や、治療中の病気を教えて下さい							
発症時期	年齢	病名・診断名	治療(〇〇に入院、〇〇医院に通院中、等)				
普段の食事について教えて下さい							
主食	☐ 普通のご飯	☐ お粥	☐ その他()				
食事制限	☐ 無し	☐ 有り	制限内容()				
入れ歯	☐ 無し	☐ 総入れ歯	☐ 上のみ	☐ 下のみ	☐ あるが持参してない		
食事摂取方法	☐ 自立	☐ 介助	経管栄養	栄養剤()			
普段の排尿・排便について教えて下さい							
排尿の回数	回	日	夜間	回	排尿方法	トイレ・尿器・オムツ・カテーテル	
排尿障害	☐ 無し	☐ 有り()					
排便の回数	回	日	排便方法	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・人工肛門(ストマ)			
最終排便	月	日	人工肛門(ストマ)	ストマ物品購入者			

普段の生活で行えることや行えない事を教えてください												
歯 磨 き	☐	自 立	☐	介 助 必 要 ()								
お 風 呂	☐	自 立	☐	介 助 必 要 ()								
着 替 え	☐	自 立	☐	介 助 必 要 ()								
起き上がり	☐	自 立	☐	介 助 必 要 ()								
寝 返 り	☐	自 立	☐	介 助 必 要 ()								
座位保持	☐	自 立	☐	背もたれがあれば可能			☐	背もたれがあっても不可能				
乗り移る	☐	自 立	☐	介 助 必 要 ()								
移動方法	☐	独 歩	☐	杖 歩 行	☐	シルバーカー歩行	☐	歩行器歩行	☐	車椅子		
*注意点等あれば書いてください												
視力障害	☐	無 し	☐	眼 鏡	☐	コンタクトレンズ		(☐ 持ってきた ☐ 持って来てない)				
聴力障害	☐	無 し	☐	補聴器 (☐ 右 ☐ 左 ☐ 両方)			(☐ 持ってきた ☐ 持って来てない)					
言語障害	☐	無 し	☐	有 り	コミュニケーション方法 ()							
睡眠障害	☐	無 し	☐	有 り	内服薬 ()							
困った行動があり日常生活に支障はありませんか？あれば行動も教えてください												
☐	無 し	☐	年相応の物忘れがあるも生活に支障無し			☐	困った行動で日常生活に支障がある					
困った行動	☐	場所が分からない		☐	幻覚や妄想		☐	昼間寝て夜に活動する		☐	同じ話を繰り返す	
	☐	大声を出す		☐	手伝いに抵抗する		☐	目的無くうろうろする		☐	便やオムツを手で触る	
	☐	食べ物以外をくちに入れる		☐	その他 ()							
ペースメーカー植え込み		☐	無 し	☐	有 り	： モード ()						
在宅酸素		☐	無 し	☐	有 り	： 安静時(L) 労作時(L)		業者	()			
医療行為		●褥瘡 無 ・ 有 (部位 程度 処置)										
		●膀胱留置カテーテル 無 ・ 有				●気管切開 無 ・ 有						
		●酸素 無 ・ 有 (L/min)				●インスリン注射 無 ・ 有						
		●点滴 無 ・ 有 ()				●中心静脈栄養 無 ・ 有						
		●吸痰 無 ・ 有 (頻度)				●ストマ 無 ・ 有						
普段の過ごし方を教えてください												
例) 8時頃 起床・朝食 例) 11時 ベッドサイドで座っています 例) 16時頃 テレビで相撲を見ます												
補足やご家族様の思いなどあればご記入下さい												