地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

フリガナ	┃	
患者氏名	• 生年月日 女 年月日	灵)
住所	連絡先 TEL: 緊急連絡先 TEL:	
医療機関名	□ 医師名:□ 京都中部総合医療センター 医師名:	
病名(主病名)		
入院希望理由		
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 *1.	46
退院先	口自宅 口その他()	
医療処置	□褥瘡 □吸引 □麻薬の管理 □胃瘻 □在宅輸液 □在宅酸素 □透析 □気管切開 □人工呼吸器(機種名:)□その他())
食事	□自立 □一部介助 □全介助 □嚥下障害なし □嚥下障害あり	
	注入食(商品名: 注入回数: 回/日)	
排 泄	ロトイレ ロポータブルトイレ ロオムツ ロストーマ ロバルーンカテーテル	
移動•身体状況	口独歩 口杖 口歩行器 口車いす 口その他()	
	口寝たきり	
精神状況など	□認知症 □不穏 □夜間不眠 □問題行動など()	
部屋希望	□個室(8,250または7,700円/日税込) □総室(4人部屋) □どちらでも	,可
要介護認定	□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 □申請中	
または障害区分	□障害区分()	
担当 ケアマネジャー	事業所: TEL:	
	担当者:	
申し込み者名		
備考		

2025.4