



<レスパイト入院申込書>

FAX番号（直通） 公立岩瀬病院地域連携室 0248-75-3388

事業所名：_____
御担当者名：_____
電話番号：_____
FAX番号：_____
申込日： 令和 年 月 日

ご利用者名	様
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
性別	男・女
住所	
電話番号	
希望入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
送迎方法	車椅子・寝台・その他（ ）
個室希望	有（一般個室/特別個室）・無

初めての方はかかりつけ医からの診療情報提供書・ADL評価表をお願いします。
2回目以降のご利用方でADLの変化がある場合は、再度ADL評価表の作成をお願いします。

◆レスパイト入院を利用する際は、原則 1 ヶ月前までに地域医療連携室に連絡のうえFAXをお願い致します。

◆平日入院・平日退院となります。

◆入院時必要物品

- ☐保険証 ☐処方薬（利用日数分を必ずご持参ください）
☐胃ろう注入品やストーマ装具など（利用日数分を必ずご持参ください）
☐パジャマ ☐おむつ ☐日用品など必要なものをご準備ください

※パジャマ、おむつについては、セットレンタルもあります（別途料金がかかります）

A D L 確認表

該当する項目に記入をお願いします。該当する□にシをお願いします。

記載日 年 月 日 (担当者名:)

ふりがな			明・大・昭・平
患者氏名	生年月日		年 月 日 歳
かかりつけ医			
介護保険または 障がい区分	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 障がい区分() ☐ その他		
食 事	☐ 自立	1日() 食 ☐ 朝・ ☐ 昼・ ☐ 夕	
	☐ 見守り	☐ 普通食 ☐ 全粥 ☐ ミキサー食 ☐ 軟菜 ☐ とろみ付	
	☐ 部分介助	禁止食物()	
	☐ 全介助	☐ 制限食() kcal ☐ 経管栄養(☐ 胃瘻・ ☐ 経鼻)	
		CV・ポート ☐ 有・ ☐ 無 ☐ 端座位 ☐ ベッドアップ	
排 泄	☐ 自立	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ リハビリパンツ ☐ オムツ ☐ 導尿	
	☐ 見守り	☐ 膀胱留置カテーテル() Fr 次回交換日(月 日)	
	☐ 部分介助	☐ ストーマ	
	☐ 全介助	☐ 便秘時の対応()	
清 潔	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	☐ 入浴 ☐ シャワー浴 ☐ 全身清拭 ☐ その他()	
口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	義歯 ☐ 有(総・部分) ☐ 無	
身体状況	☐ 部分介助 ☐ 全介助	☐ 寝たきり (エアマット使用 ☐ あり ☐ なし)	
		☐ 車イス移動 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行可能 ☐ その他()	
		衣服着脱 : ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
		麻 痺 : ☐ 有() ☐ 無	
		視覚障害 : ☐ 有(☐ 眼鏡 ☐ コンタクト)	
		聴覚障害 : ☐ 有(補聴器 ☐ 有 ☐ 無)	
コミュニケーション	発語 ☐ 有 ☐ 無 構音障害 ☐ 有 ☐ 無 意思疎通 ☐ 可 ☐ 不可		
意識・精神状態	☐ 不穏状態あり ☐ 認知症あり ☐ その他()		
	夜間: ☐ 良眠 ☐ 不良 (薬剤使用 ☐ 有 ☐ 無)		
医療行為	☐ 褥瘡処置(部位: 大きさ: 処置:)		
	☐ 痰の吸引(回/日) ☐ 酸素(ℓ/分 経鼻・マスク)		
	☐ 麻薬管理 薬品名() ☐ 投与時間()		
	☐ ペースメーカー ☐ 気管切開 チューブのサイズ() ☐ 交換予定日()		
	☐ インスリン 薬品名() 単位()		
	☐ その他()		
感染症	☐ なし ☐ あり()		
アレルギー	☐ なし ☐ あり		

注) 病床の空き状況により、お部屋や期間など、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください

FAX 0248-75-3388

COVID-19 関連問診票

ご紹介元

医療機関名

患者さんのお名前

当てはまる方に○をつけてください。

症状（最近2～3日の症状）

令和 年 月 日現在

発熱（37.5℃以上）	あり ・ なし
咳	あり ・ なし
痰	あり ・ なし
息苦しさ	あり ・ なし
倦怠感	あり ・ なし
嗅覚障害・味覚障害	あり ・ なし

14日以内の移動・滞在歴

海外への渡航	あり ・ なし
県外への移動	あり ・ なし
上記ありの場合、具体的に移動先と期間を記入してください。	移動先： 期間： 月 日 ～ 月 日

14日以内に接触した方について

海外へ渡航した方との接触	あり ・ なし
県外へ移動した方との接触	あり ・ なし
上記ありの場合、具体的に移動先と期間、接触した方との関係を記入してください。	移動先： 期間： 月 日 ～ 月 日 関係：

※受診日当日、自宅で体温を測っていただくようお願い致します。

（問い合わせ：公立岩瀬病院 0248-75-3111 地域医療連携室）