



## <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）

# ADL 確認表

該当する項目に記入をお願いします。該当する□にレをお願いします。

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

COVID-19 関連問診票

令和 年 月 日現在

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、記入項目には必要事項をご記入ください。

症状（最近2～3日の症状）

発熱（37.5℃以上）	あり（      ℃） ・ なし
咳	あり ・ なし
痰	あり ・ なし
喉の痛み	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
下痢	あり ・ なし
解熱剤の服用	あり ・ なし

移動・滞在歴

県外・海外への移動・滞在（14日以内）	あり ・ なし
	上記「あり」の場合、移動先・滞在先：
	期間： 月 日 ～ 月 日

接触歴について

県外・海外へ移動した方との接触（14日以内）	あり ・ なし
	上記「あり」の場合、移動先・滞在先：
	ご関係：
	期間： 月 日 ～ 月 日
新型コロナウイルス感染者（みなし陽性含む）若しくは、感染の可能性のある方との接触（14日以内）	あり ・ なし
	上記「あり」の場合、ご関係：
濃厚接触者との接触（14日以内）	あり ・ なし
	上記「あり」の場合、ご関係：

その他

新型コロナウイルスに感染したことがある	あり ・ なし
	上記「あり」の場合、治療期間や療養期間
	期間： 月 日 ～ 月 日
新型コロナワクチンの接種	未接種 ・ 1回済 ・ 2回済 ・ 3回済
	最終接種日： 月 日

※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。