**FAX送信先　０７２－８４０－３３３９（福祉相談室直通）**

**JCHO星ヶ丘医療センター　レスパイト入院申込書**

送信日　　令和　　年　　月　　日

●送信先**JCHO星ヶ丘医療センター・福祉相談室**●送信元

〒５７３－８５１１

大阪府枚方市星丘4丁目8―1

TEL：０７２－８４０－２６４１（代表）

FAX：０７２－８４０－３３３９（直通）

送信者：

●患者さんの情報

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　歳）　男　・　女 |
| 住所 |  | 連絡先① |
| 連絡先② |
| 医療機関名（かかりつけ） |  | 医師名 |  |
| TEL |  |
| 病名（主病名） |  |
| 入院希望の理由 |  |
| 入院希望期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日まで |
| アレルギー | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療行為 | □吸引（頻度　　　　）　□酸素（　　　ℓ/m）　□褥瘡処置（部位　　　　　　　　）□気管切開　　　　　　　□バルーン留置　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体状況 | □寝たきり状態　□エアマット使用　□褥瘡予防マット使用　タイプ：　　　　　　　□杖　□歩行器　□車椅子　□リクライニング車椅子　□その他（　　　　　　　　　） |
| 栄養 | 経口（１．自立　２．一部介助　３．全介助）　食形態（　　　　　　　）経管（　経鼻　・　胃ろう　・　その他　　　　　　　　　　）点滴　なし　・　あり　（　末梢　・　中心　） |
| 精神状態など | □不穏状態あり　□認知症あり　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |
| 介護度 | □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 |
| ケアプラン作成 | 事業所名： |
| 担当者名 |
| 部屋の希望 | 病室希望　（　個室希望　・　総室希望　・　どちらでも可　） |

●星ヶ丘医療センター　記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 搬送手段 | □自家用車　　□介護タクシー　　□救急車 |
| 転院日時 | 　令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　　　　：　　　　　　到着予定 |