**松島病院レスパイト利用申込書　No1**

　　　　　　　　**FAX番号　０２２-３５４-５１５３**

　　　**申し込み日　　　　　年　　　　月　　　　　　日**

**事業者名**

**御担当様**

**電話番号**

**ＦAX番号**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用者名 | 　　　　　　　　　　　　　様　　　男・女　　　　 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　年　　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　TEL |
| ご家族（キーパーソン） | 　　　　　　　　　　様　御関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| その他のご家族 | 　　　　　　　　　　様　ご関係　　　　　　　　　　　　TEL |
| 希望期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　月　　　日　　　　　　（　　　　　　日間） |
| 要介護度 | 無　・　要介護（　　　　　）・要支援（　　　　　） |

●レスパイトを希望する方は原則2週間前までに地域連携室に電話かメールで連絡の上申込用紙をFAXして下さい。

●入院時必要物品

□保険証　　□処方薬（利用期間日数分ご持参ください。）　□お薬手帳

（その他は入院案内をご覧ください）

●Ｎｏ2の利用者情報も記載して下さい

**利用者情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No2**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　 |
| 食事 | □自立□一部介助□介助なし | 1日（　　　）食　　□朝　　□昼　　□夕□普通食　　□全粥　　□ミキサー食　　□きざみ　　□とろみ付□制限食（　　　Kcal）　　□経管栄養（胃瘻・経鼻）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | □自立□一部介助□介助なし | □トイレ　　□ポータブル　□リハビリパンツ　□オムツ□膀胱留置カテーテル（　　　　　　Fr　最終交換日　/　　）□尿器　　　□便秘時の対応（　　　　　　　　　　　　　）排尿　日中（　　　　　回）　　夜間（　　　　回） |
| 入浴 | □自立□一部介助□介助なし | □一般浴　　　□シャワー浴　□機械浴　　□清拭： |
| 口腔ケア | □自立□一部介助□介助なし | □義歯（総入れ歯・部分入れ歯） |
| 活動 | 移動：□杖　□シルバーカー　□歩行器　□車いす　□ストレッチャー運動機能障害：□無　□有　　　　　　　麻痺：□無　□有（　　　　　　　　　　　）転倒転落歴：□無　□有　　　　　　　　聴覚障害：□無　有（補聴器➡無・有）視覚障害：□無　□有➡（メガネ・コンタクト）言語障害：□無　□有 |
| コミュニケーション | 発語：□無　　□有構音障害：□無　□有意思疎通：□可　　□やや困難　　□困難 |
| 認知症 | 認知症：□無　　□有➡□物忘れ　□見当識障害　□徘徊　　□昼夜逆転　　　　　　　　　　　□不潔行為　□暴言　□介護抵抗　□不眠（眠剤　　　　　） |
| 医療行為 | □褥瘡（部位：　　　　　　　　大きさ：　　　　　　　　処置：　　　　　　　　　）□痰吸引（　　　　　　回/日）□酸素（　　　　　Ｌ/分　マスク：カヌラ　　）□インスリン　薬品名（　　　　　　　　　　　）単位（　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 感染症 | □無　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |