|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| レスパイト種別 | **一般**   **在宅重症難病者**   **重症心身障がい者（障害支援区分5・6）**   **NASVA**  **レスパイト入院申込用紙**  **※状態が安定している方でレスパイト期間14日以内、重症心身障がい者は７日以内です。**  **（月を跨いでの連続利用はできません。）**  **※初回利用については、個室対応10，000円／日（ご相談ください）**  **※年末年始（12/29～1/4）、ＧＷ（4/29～5/5）はご利用できません。** | | |
| 紹　介　者  連　絡　先 | （　　　　　　 　 　 ）病院・医院・クリニック  居宅介護支援事業所（ 　　　　　　　　）  本人　  家族（　　　　　　　　続柄：　　　　）  その他（　　　　　　　　　）  TEL： | | |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男性　  女性 |
| 生年月日 | 大正  昭和  平成  令和　　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） | | |
| 住　　　所 |  | | |
| 電　　　話 |  | | |
| キーパーソン |  | | |
| 目　　　的 | □ 介護休息　□ 婚葬祭　□ 家族の入院　□ 家族の出張・旅行  □ その他（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | |
| 利　用　期　間 | 年　　　月　　　日（　　）　～　 　年　　　月　　　日（　　） | | |
| 病　　　名 |  | | |
| かかりつけ医 | （　　　　　　　　　　　　　）病院・医院・クリニック | | |
| 保健所・担当者  ※難病レスパイトの方 | 奈良市保健所  郡山保健所  中和保健所  吉野保健所  難病相談支援センター  担当者：（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 認知症状 | なし  あり ※精神疾患や認知症状が強い場合、ご相談ください。  徘徊  暴言  暴力  幻聴  幻覚  昼夜逆転  大声を出す  妄想  その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | |
| 状 況 | 医療処置： 呼吸器  吸引  褥瘡処置  点滴（ＣＶ・末梢） その他(　　　 ）  食 　事： 経口摂取  自立  一部介助  介助）  その他（ 　　　　　　）  PEG（胃瘻）  胃管チューブ（経鼻）  ＣＶ（中心静脈栄養）  移 　動： 独歩  杖  シルバーカー  車椅子  ベッド  の他（　 　 ）  排　 泄： トイレ  ポータブルトイレ  おむつ  バルーン  トマ | | |
| 介 護 度 | 要支援１  ２  要介護１  ２  ３  ４  ５  □ 未申請 □ 申請中 □ 区分変更中 | | |
| 居宅介護支援  事業所（ケアマネ） | 事業所名：  担当ケアマネージャー： | | |
| サービス内容 | 訪問看護（事業所名：　　　　　　　　　　）  訪問リハ  通所リハ（デイケア）  通所介護（デイケア）  訪問介護（ヘルパー）  福祉用具　  訪問入浴  その他（　　　 　　　　 ） | | |
| レ　ン　タ　ル  ※レスパイト種別によってはレンタルが必要な場合があります。 | Aセット【患者衣／介護寝巻き】【フェイスタオル・バスタオル】　509円（税込） | | |
| Bセット【フェイスタオル・バスタオル】　 408円（税込） | | |
| オムツセット【テープorパンツ・パッド】　550円（税込） | | |
| エアマット  あり  なし　※レンタルは月5,000円※日割り計算はありません | | |