|  |  |
| --- | --- |
| 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 |