

レスパイト入院申込用紙

レスパイト種別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 在宅重症難病者 <input type="checkbox"/> 重症心身障がい者（障害支援区分5・6） <input type="checkbox"/> NASVA ※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	<input type="checkbox"/> （ ） 病院・医院・クリニック <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（ ） <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（ ） 続柄：（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） TEL：		
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日（ 歳）		
住所			
電話			
キーパーソン			
目的	<input type="checkbox"/> 介護休息 <input type="checkbox"/> 婚葬祭 <input type="checkbox"/> 家族の入院 <input type="checkbox"/> 家族の出張・旅行 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 奈良市保健所 <input type="checkbox"/> 郡山保健所 <input type="checkbox"/> 中和保健所 <input type="checkbox"/> 吉野保健所 <input type="checkbox"/> 難病相談支援センター 担当者：（ ）		
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※精神疾患や認知症状が強い場合、ご相談ください。 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
状況	医療処置： <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 点滴（CV・末梢） <input type="checkbox"/> その他（ ） 食 事： <input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> PEG（胃瘻） <input type="checkbox"/> 胃管チューブ（経鼻） <input type="checkbox"/> CV（中心静脈栄養） 移 動： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他（ ） 排 泄： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ		
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 訪問看護（事業所名： ） <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ（デイケア） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイケア） <input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー） <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
レ ン タ ル ※レスパイト種別によつ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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※レンタルは月5,000円※日割り計算はありません		