

西諫早病院レスパイト入院相談シート

患者氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日	歳
希望時期	年	月	日	～	年	月	日	

疾患等について

疾患名	医療機関名	期間

ADLについて

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上	備考
移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※ 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	備考
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考
内服管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> 1日配薬	備考

医療処置の必要性和具体的内容

<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 創傷処置 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 感染対策 (内容: _____) <input type="checkbox"/> その他 (内容: _____)	備考

認知機能について

<input type="checkbox"/> 認知機能低下あり <input type="checkbox"/> 認知機能低下なし ※ 問題行動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (具体的内容)
<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 (内容: _____)

入院病室について

<input type="checkbox"/> 有料室 (1人部屋 : 5500円/日 3人部屋 : 2200円) <input type="checkbox"/> 多床室
その他