



(地域連携課 FAX 04-2942-4407)

埼玉西協同病院 レスパイト入院連絡票

患者基本情報

ふりがな		性別	明 大 昭 平		
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所					
電話番号					
疾患	かかりつけ 医療機関				
医療行為	インスリン(1日 回)・酸素(L)・CPAP・BIPAP・人工呼吸器・吸引 尿カテーテル・ストマ・胃瘻栄養・経鼻栄養・IVH・褥瘡(大きさ)・終末期				
介護保険	要支援()	要介護()	自立度	認知度	
移動	自立 介助 車いす ベッド上				
排泄	自立 介助 オムツ				
食事	自立 介助 形態(常食 軟らか 刻み ミキサー) とろみ 有・無				
認知症状	大声 徘徊				

レスパイト入院希望

日程	西暦 年 月 日～ 年 月 日
理由	

相談者

氏名	事業所
電話番号	FAX番号

希望 ○をつけてください

希望検査	項目()
リハビリ	※心身機能維持目的の離床・トイレ誘導・集団体操等、生活リハビリの提供。
歯科診療	※日数により介入できないことがあります。