

レスパイトケア入院 申込書

申込者:	続柄:
住所:	
Tel:	
Fax:	

申込・FAX送信先	
伊賀市立上野総合市民病院 地域医療連携室	
TEL0595-41-0061	FAX:0595-41-0068



☆申し込みは希望日の2週間前までにご連絡ください。

利用希望日：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※最大10日前後

入院希望の理由：

ご本人について	フリガナ			生年月日	年齢	性別	
	氏名	(当院カルテID:)		明治 大正 昭和 平成 年 月 日		男 女	
	住所			電話			
				携帯			
	ケアマネジャー	事業所:			担当者		
	要介護度	要支援 () ・ 要介護 () 未申請・申請中			特定疾患受給者証	有・無	
	医療保険	高齢者 国保 組合 協会けんぽ その他 ()			負担割合	1割 2割 3割	
	障害手帳	有・無	種 級	障害名 ()	障害区分 ()		

ご家族について	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先(携帯・勤務先等)

かかりつけ医

主病名 その他疾患 主病名: その他 ()

ご本人の状態	食事	自立 見守り 一部介助 全介助	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助
	移動	自立 杖歩行 一部介助 全介助 車椅子	睡眠	良好 普通 不眠 昼夜逆転
	排泄	トイレ おむつ ポータブルトイレ	認知症	有(症状:) 無
	意思疎通	可 ある程度可 不可 筆談	感染症	有() 無
	口腔ケア	自立 要介助 義歯(有・無)	アレルギー	有() 無

医療行為

酸素 () 胃瘻 腸瘻 経鼻栄養 末梢点滴 中心静脈栄養 (ポート 有・無) 褥瘡処置

喀痰吸引 (回/日) 気管切開 尿管カテーテル (交換日 /) 導尿 医療用麻薬管理

人工肛門 人工呼吸器 (機種名) その他 ()

準備物

診療情報提供書 健康保険被保険者証 在宅サマリー (ケアマネジャーから情報)

内服薬 (入院日数分) お薬手帳 栄養剤 (胃瘻等されている方)

その他連絡事項

注)原則 個室(3850円/日)利用となります。ベッドの空き状況により入院期間・お部屋等希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

お願い) 診療情報提供書・ケアマネジャー等からの情報は入院開始日の1週間前までに提出してください。
伊賀市立上野総合市民病院 地域医療連携室