

王子生協病院 地域連携室 宛 FAX：03-3912-6226
王子生協病院 地域包括ケア病棟レスパイト入院申込書
入院日 年 月 日 時 分 退院日 年 月 日

☐ (/) 判定者：	
前回入院期間	
メモ	

依頼日	年 月 日		
紹介元機関名			
申込者	氏名	職種	TEL FAX

ID：

フリガナ 名前	男 女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所		電話番号	
保険情報	後期 () 国保 () 社保 () 限度額 () 生保 担当： TEL：		
KP	氏名	続柄	連絡先

入院希望理由			
入院希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設 (施設名)		
かかりつけ	医療機関名 (☐ 往診) TEL		
医療行為	☐ 褥瘡処置 ☐ 痰吸引 (回/日) ☐ 経管栄養 (胃瘻・腸瘻・経鼻) ☐ 点滴 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 麻薬管理 ☐ その他 ()		
食事	☐ 自立 ☐ セッティング自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 嚥下障害あり ☐ 嚥下障害なし 食事内容 ()		
排泄	☐ トイレ ☐ PWC ☐ オムツ ☐ バルーン ☐ ストマ ☐ その他 ()		
身体状況	移動 ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車イス (自走・介助) ☐ 伝い歩き ☐ 要階段 ☐ ストレッチャー (エアマット ☐ 有 ☐ 無)		
認知症	☐ 有 ☐ 無 (症状)		
介護保険	要支援 () 要介護 () 申請中 区分変更中 (申請 / 調査 / 審査会 /) 居宅事業所 CM TEL		
家屋状況	戸建て 居室 () 階 持ち家・マンション・アパート・都営・UR () 階 ベッド： ☐ 有 (介・他) ☐ 無 手すり： ☐ 有 (トイレ/風呂/L字/廊下/階段) ☐ 無 ELV： ☐ 有 ☐ 無 階段：外 () 段 内 () 段 段差： ☐ 有 () ・バリアフリー		
家族状況	その他		