

レスパイトケア入院のご家族の方へ

フリガナ			男・女	生年月日	年 月 日
氏 名				年 齢	才
連絡先	①氏名			続柄()	TEL()
	②氏名			続柄()	TEL()
家族構成				在宅での 介護体制	
入院希望日	年 月 日() ~		年 月 日()		
入院希望の部屋	個室(有料)		・ 総室	・ どちらでも可	
以下の項目の記入をお願いします。					
人工呼吸器装着	(有・無)		機種名()		
気管切開	(有・無)				
酸素療法	(有・無)		吸入量(L/min 経鼻・マスク・その他)		
創傷(床ずれ)	(有・無)		部位・処置()		
食 事	(経口 < 自立・介助 > 胃管チューブ 胃瘻) 内容 朝 屋 夕				
排 泄	(自力歩行でトイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル) 最終排便(月 日) 排便コントロールが必要な時の内容 ()				
移 動	(自力 杖 シルバーカー 車椅子 ベッド上) 移動希望()				
寝返り介助	(可・不可) ()時間毎に体の向きを変えている 注意している点() 特殊寝具の利用(ウレタン・エアマット・その他)				
清 潔	洗面				
	歯磨き				
	口腔ケア				
	入浴				
	清拭				
	洗髪				
更 衣	更衣				
	その他				
コミュニケーション					
認知症	(有・無) 特記事項:				
その他					