

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	明・大 昭・平	年	月	日
氏名		男・女	年齢				歳
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	平成 年 月 日 曜日 ~ 月 日 曜日						
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：					
		昼：					
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（						
清 潔	特殊寝具の利用（ウレタン・エアマット・その他						
	洗面						
	歯磨き						
	口腔ケア						
	入浴						
	清拭						
更 衣	洗髪						
	更衣						
コミュニケーション	その他						
認知症	（有・無） 特記事項：						
その他							