

JCHO 千葉病院 地域包括ケア病棟 レスパイト入院予約申込書

地域連携室直通 FAX:043-261-2705

1. 申込者情報

項目	記入欄
申込者氏名	
住所	
電話番号	
関係者 (家族)	氏名: 続柄: 電話番号:

2. 入院対象者情報

項目	記入欄
フリガナ	
氏名	
性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	年 月 日(満 歳)
住所	
電話番号	
緊急連絡先	氏名: 続柄: 電話番号:

3. 入院目的

項目	記入欄
レスパイト入院の目的	
入院希望期間	年 月 日～ 年 月 日
現在の状態・症状	
診断名	

4. かかりつけ医師情報

項目	記入欄
医師名	
医療機関名	
連絡先	
診療情報提供書	☐ 添付 ☐ 不要

5. 必要なケア・サポート

項目	記入欄
日常的に必要なケア	☐ 食事介助 ☐ 排泄介助 ☐ 入浴介助 ☐ 服薬管理 ☐ その他(詳細記載)
特殊な医療の必要性	☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 吸引 ☐ その他(詳細記載)
アレルギーや その他注意点	

6. 食事提供について

項目	記入欄
食事形態	主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥食 ☐ ミキサー食 ☐ パースト食 副食: ☐ 常食 ☐ 軟菜食 ☐ 一口大 ☐ 刻み食 ☐ ミキサー食 ☐ パースト食
むせこみやすさ	☐ なし ☐ あり(状況または詳細記載)
とろみの有無	☐ 必要 ☐ 不要
特別な配慮が必要な食品	(例: 食物アレルギーや嚥下にある困難な食品)
食事介助の必要性	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全体介助

7. 介護保険の利用情報

項目	記入欄
介護度	☐ 未申請 ☐ 申請中(月 日申請) ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
認知症	☐ なし ☐ あり (HDS-R 点) ※注意すること:
介護サービスの利用状況	
ケアマネジャー名	
事業所名・連絡先	

8. 同意書

私は、下記の内容に同意し、入院手続きを申し込みます。

- ・ 個人情報の取り扱いに関する同意: ☐ 同意する
- ・ 緊急時対応に関する同意: ☐ 同意する
- ・ その他施設の規定に基づくサービス利用に関する同意: ☐ 同意する

申込者氏名:

申込日: 年 月 日

署名:

※レスパイト入院は、静かな環境で過ごしていただけるよう個室のご用意も可能です。個室利用は差額ベッド代(1日あたり¥9900円または¥11,000円)が生じます。

※ベッドの空き状況によっては、入院期間や病室の希望等ご希望に添えない場合があります。