

# 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 昼 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  更 衣	洗面			
	歯磨き			
	口腔ケア			
	入浴			
	清拭			
	洗髪			
	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				