

レスパイト入院のご案内

医療法人 伴帥会 愛野記念病院

在宅で療養されている患者さまやそのご家族を支援し、「在宅医療を支えるための短期間の入院」の受け入れを行います。

ご留意点

- ご利用には1週間前の事前予約が必要となります。「かかりつけ医の診療情報提供書」と「レスパイト入院申込書」を地域医療連携室専用 FAX(0957-36-7072)へお送りください。
- 1回の入院期間は60日以内としております。
- 入院日につきましては月曜日から金曜日の平日とさせていただきます。土日祝日の受け入れはしておりません。退院日については土日祝日も可能です。
- 在宅でご使用の医療材料・定期内服等はすべてご持参いただき入院中はご持参分を使用させていただきます。お薬手帳もご持参ください。
- オムツは当院の分を使用し、使用した分を入院費にて請求させていただきます。オムツのご用意は必要ありません。
- 入退院の際、ご自宅への送迎は行いません。

お申し込みご相談は地域医療連携室まで

電話: 0957-36-3950(地域医療連携室) FAX: 0957-36-7072(地域医療連携室)

レスパイト入院申込書

愛野記念病院 地域医療連携室行き (FAX: 0957-36-7072)

記載日 年 月 日

患者氏名	(歳)		キーパーソン	(本人との関係:)
入院希望理由				
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日			
食事	☐ 自立	☐ 普通食 ☐ 全粥 ☐ 軟菜 ☐ ミキサー食 ☐ とろみ ☐ 経管栄養		
	☐ 見守り	備 考		
	☐ 部分介助			
	☐ 全介助			
排泄	☐ 自立	日中: ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ		
	☐ 見守り	夜間: ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ		
	☐ 部分介助	備 考		
	☐ 全介助			
身体状況	☐ 自立	移動: ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 寝たきり		
	☐ 見守り	備 考		
	☐ 部分介助			
	☐ 全介助			
精神状態	認知機能低下・認知症: ☐ 有 ☐ 無			
	☐ 不穏行動有 (具体的に) ☐ 無			
	備 考			
医療行為	☐ 無 ☐ 有 (在宅酸素 胃瘻 インスリン 吸引 麻薬 気管切開 点滴 褥瘡) その他 ()			
要介護認定	要支援 (1 ・ 2)、要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
ケアマネジャー	担当者: 事業所: 電話番号:			