

レスパイト入院ADL表兼ヒアリングシート①

医療法人社団誠和会 ひらきクリニック FAX:0965-32-2728

ふりがな				生年月日	年齢	性別
患者様のお名前				年 月 日	歳	男・女
病名・既往歴	病名 既往歴（病名や手術歴など）					
入院目的	介護休暇・冠婚葬祭・介護者の治療・その他（ ）			入院希望日 月 日～ 月 日		
キーパーソン （緊急連絡先）	氏名		続柄		TEL（自宅）	
					TEL（携帯）	
主な介護者 （キーパーソンと同じ場合は同上と記載）	氏名		続柄		TEL（自宅）	
					TEL（携帯）	
担当ケアマネジャー	氏名				TEL	
					FAX	
介護保険	総合支援事業対象者・未申請・申請中（ 月 日申請）・区分変更中（ 月 日）					
	要支援	1・2		要介護	1・2・3・4・5	
医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法（ L） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストマ（消化管・尿路） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射（インスリン） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
アレルギー	食べ物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）					
	薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）					
記入 時点 の A D L	移動	<input type="checkbox"/> 独歩（介助・見守りなし） <input type="checkbox"/> 見守り歩行（介助なし） <input type="checkbox"/> 一部歩行介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移動補助器具	<input type="checkbox"/> 車椅子（自操・一部介助・全介助） <input type="checkbox"/> 杖・歩行器（自立・見守り） <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部分・上のみ・下のみ・総義歯）				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（滴下） <input type="checkbox"/> 経管栄養（注入）				
		<input type="checkbox"/> むせ込み（なし・あり） <input type="checkbox"/> 飲み物のとろみ（なし・あり：程度 ） <input type="checkbox"/> 嚥下スプーン				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ				
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立（自己管理） <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> 飲み込むまで確認必要 <input type="checkbox"/> つぶし <input type="checkbox"/> 脱カプセル <input type="checkbox"/> 一包装				
		<input type="checkbox"/> 内服カレンダー <input type="checkbox"/> その他（ ）				
療養上の 精神状態	<input type="checkbox"/> あり（せん妄・不穏・徘徊・介護抵抗・不潔行為・昼夜逆転・もの忘れ・幻視幻聴・暴力・被害妄想・帰宅願望・躁うつ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 自宅での抑制（あり・なし）					
認知機能	<input type="checkbox"/> 低下なし（年齢相当） <input type="checkbox"/> 検査を受けたことがない <input type="checkbox"/> 長谷川式（HDS-R） /30点 <input type="checkbox"/> MMSE /30点 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺（右・左） <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
義歯以外の装着用具	<input type="checkbox"/> 補聴器（右・左） <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
個室希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:201号室（1日2,000円） <input type="checkbox"/> あり:208/210号室（1日1,000円） <input type="checkbox"/> あり:部屋は問わない					
その他ご質問・ 連絡事項など	（ご家族様、ケアマネジャー、主治医、訪問看護師よりご質問や上記以外にお伝えしておきたいことなどがありましたらご記入ください。）					

レスパイト入院ADL表兼ヒアリングシート②

【食事・栄養状態】

患者名

様

身長 _____ cm 体重 _____ kg (_____ 月 _____ 日頃計測)

食事希望	【提供開始】入院日（ 昼 ・ 夕 ）から 【提供終了】退院日（ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 退院前日夕 ）まで	
食事内容	<input type="checkbox"/> 通常の食事提供 ※ 通常の食事以外で、 かかりつけ医より指示がある場合のみ 以下の食事についてお選びください。	
	<input type="checkbox"/> 高血圧食	エネルギー <input type="checkbox"/> a (1,400kcal) <input type="checkbox"/> b (1,600kcal) <input type="checkbox"/> c (1,800kcal) <input type="checkbox"/> d (2,000kcal)
	<input type="checkbox"/> 心臓病食	たんぱく質 <input type="checkbox"/> 30g <input type="checkbox"/> 40g <input type="checkbox"/> 50g <input type="checkbox"/> () g
	<input type="checkbox"/> 腎臓食	塩分 <input type="checkbox"/> 無塩 <input type="checkbox"/> 3~4g <input type="checkbox"/> 5g <input type="checkbox"/> 6g <input type="checkbox"/> () g
	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> a (1,200kcal) <input type="checkbox"/> b (1,400kcal) <input type="checkbox"/> c (1,600kcal) <input type="checkbox"/> d (1,800kcal) <input type="checkbox"/> e()kcal
	<input type="checkbox"/> 肝臓食	() kcal
	<input type="checkbox"/> 膵臓食	() kcal
	<input type="checkbox"/> 潰瘍食	() kcal
	<input type="checkbox"/> 脂質異常食	() kcal
	<input type="checkbox"/> 貧血	() kcal
<input type="checkbox"/> 肥満食	() kcal	
<input type="checkbox"/> 経管栄養	使用している栄養剤 () ※ 持ち込みとなります。	
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 二度炊き <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 7分粥 <input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥 <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ベースト
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 柔菜 <input type="checkbox"/> 柔菜きざみ（粗きざみ・きざみ・超きざみ・あんかけ） <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ベースト
食事 ご質問・連絡事項	（ご家族様、ケアマネージャー、主治医、訪問看護師よりご質問や上記以外にお伝えしておきたいことなどがありましたらご記入ください。）	
※栄養士記入欄 (ひらきクリニック記入)		
※医師記入欄 (ひらきクリニック記入)	入院期間中は上記の食事内容を指示いたします。	医師書名欄 (印)

入院時確認事項

- ① 今回の入院前（3か月以内）に別の医療機関に入院されていましたか。 いいえ ▷ ③へお進みください。
 はい ▷ ②をお答えください。
- ② 医療機関より発行された退院証明書はお持ちですか。 はい ▷ 退院証明書をご提出ください。
 いいえ ▷ 入院された医療機関をご記入ください。

医療機関・病院名

住所

電話番号

入院期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院時の主な病名・傷病名が分かれば教えてください。

病名・疾患名

③ 主な介護者（同居ご家族）以外からの面会および電話があった際の対応について、ご希望をお知らせください。

- 面会人への対応 制限なし 制限あり（面会禁止 ・ 家族へ連絡 ・ 家族へ連絡がつかない場合は禁止）
 ● 電話への対応 本人へ取り次ぐ 取り次がない 発信者による ()

レスパイト入院申込書 兼 同意書

1. 患者氏名

〒

2. 住所 都道 市区
府県 町村

3. 生年月日 (西暦・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

氏名 (続柄)

4. 連絡先 住所

TEL (自宅) TEL (携帯)

ひらきクリニック 院長 殿

入院の上は、諸規則並びに指示事項を固く守り、万一違反した場合は、何時退院を命じられても異議は申しません。
また、他院入院期間における上限日数を超えていた、またはご申告内容の虚偽が後日確認できた場合は入院費の一部負担が生じる可能性について承諾いたします。

以下の内容に同意いただける場合は、右枠口に"✓"をお願いいたします。	同意確認欄
病衣につきましては、当院では院内感染防止、衛生管理上、当院専用の病衣の着用をお願いしております。その際、貸出料金およびクリーニング料として下記の通りご負担をお願いいたします。また、排泄物などによる病衣汚染が多い方については別途料金をお願いする場合がございます。予めご了承ください。 【料金】1日につき55円(税込) 病衣汚染が著しい場合は左記料金に別途22円(税込)が発生いたします。	<input type="checkbox"/>
患者様の抑制につきましては、極力抑制行為はせずに看護いたします。万が一、環境変化に伴う著しい暴力、見当識障害のほか、自傷他害など安全な療養生活を阻害する行為が見られた場合は、抑制帯を使用する場合がございます。 通常は抑制前にご家族様にご説明の上で同意をいただきますが、連絡不通・緊急時その他やむを得ない事由に限り、同意前に抑制対応をさせていただく場合がございます。この場合におきましても、後日抑制同意のご説明をさせていただきます。	<input type="checkbox"/>

入院年月日 年 月 日

※ 当院からの入院日決定のご連絡後に記載いただけますようお願いいたします。

上記すべてに同意し、貴院の規定に従います。

患者氏名または家族氏名



※ ご本人様をご記入できない場合はご家族の方がご記入ください。(続柄)

身元引受書

患者様の身元に関わる一切の事項(入院費などを含まず)を引き受け、貴クリニックへご迷惑をおかけいたしません。

	身元引受人①	身元引受人②
お名前	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TEL(自宅)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TEL(携帯)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
続柄	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※ 身元引受人2名のうち、1名は患者様と同一世帯以外の方のご記入をお願いいたします。なお、入院費用などに関する保証極度額は 万円です。