



白杵市医師会立コスモス病院 短期リハ・レスパイト入院シート

地域医療福祉連携室直通 TEL:0972-62-5883
FAX:0972-62-8404

入院目的 短期リハ レスパイト

かかりつけ医 貴施設名

担当者 TEL FAX

フリガナ

患者氏名 性別

生年月日 年齢

住所 電話

主病名 既往歴

特記すべき医療的処置 必要な入院期間 (原則2週間)

入院が必要な理由

石仏ねっと 有 無

※石仏ねっとへの記入が済んでいる方は、以下の身体状態への記載は不要です。

【身体状態】

麻痺 有 無

右上肢 左上肢 右下肢 左下肢

寝返り 自立 一部介助 全介助

マット 体圧分散マット エアーマット その他

起き上がり 自立 一部介助 全介助

座位保持 自立 一部介助 全介助

立ち上がり 自立 一部介助 全介助

歩行 自立 杖 歩行器 車椅子

食事 自立 一部介助 全介助 経管栄養

排尿・排便 自立 Pトイレ オムツ

入浴 自立 一部介助 全介助

言語障害 有 無 嚥下障害 有 無

認知症 有 無 問題行動

要介護認定 済 未 申請中 介護度.....

キーパーソン

.....

TEL

送付いただいた時点で入院予約とみなし、ベッド調整をさせていただきます。
入院可能な日時をお知らせいたしますので、ご家族との調整をお願いいたします。