

レスパイトケア入院依頼表＝No2＝

現在の医療・身体・生活情報	医療行為	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理
		<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 (抹消・中心静脈・CVポート) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引
		<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位:) 処置の方法 ()
		<input type="checkbox"/> 在宅酸素 (リットル) <input type="checkbox"/> 気管切開
	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		食事内容 (常食・おかゆ・キザミ・とろみつき・ペースト・栄養剤
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 (内容: 、1回量 ml、回数 回/日)
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (自力歩行) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿
	清潔	<input type="checkbox"/> 介助 (要 ・ 不要) <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 端坐位可能 <input type="checkbox"/> 起き上がり可 <input type="checkbox"/> 寝返り可 <input type="checkbox"/> 寝返り不可
精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 有 (病名:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 問題行動・心理症状 (大声 ・ 徘徊 ・ 暴力行為 ・ 不潔行為) <input type="checkbox"/> 無	
身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺 無・有 (部位:) <input type="checkbox"/> 拘縮 無・有 (部位:) <input type="checkbox"/> 視力障害 無・有 <input type="checkbox"/> 聴力障害 無・有 (補聴器 無・有 / 右・左・) <input type="checkbox"/> 嚥下障害 無・有 (義歯 無・有/ 部分・上・下)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)	
障害者認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 無 ・ 有 (級) 障害名 ()	
指定難病認定	<input type="checkbox"/> 指定難病 無 ・ 有 病名 ()	
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (病院) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input type="checkbox"/> 訪問管理栄養師 <input type="checkbox"/> ヘルパー	