

レスパイト入院のご案内

レスパイト入院とは

在宅介護されているご家族の休息(レスパイト)を目的として、医療的な管理が必要な患者さんが短期間入院していただき、介護者の身体的・精神的な疲労により一時的な休息をとる場合に利用できる「在宅医療を支えるための入院」の仕組みの事です。(レスパイト(respite)とは『一時休止』『息抜き』『休息』という意味です。)

ご利用できる方

- 症状は安定しているものの何らかの医療的な処置を要する方
- 常時の介助を必要し、介護疲れや一時的に介護が困難な方
(一時的な介護困難:冠婚葬祭、旅行、ご家族の出産等・・・)
- ※その他、様々な状態に応じて対応させていただきます。ただし、入院の受入の可否、入院期間等は当院にて相談の上、判断させていただきます。

ご利用に関して

- 完全予約制です。
- 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。
- 医療保険での入院となります。
- 入院期間は原則14日間までです。(可能な限り、ご都合に合わせて対応させていただきます)。ただし、次回のご利用は原則3か月経過後となります。
- 入院期間中のお薬や注入食等は、ご持参ください。
- 入院中は、入院セット(衣類・タオル・日用品・おむつ等)のレンタルも行っています。

レスパイト入院のお申し込みやご相談は、地域医療連携室までお問合せください。ご本人、ご家族、ケアマネージャーの方など、どなたでもご相談をお待ちしております。なお、レスパイト入院は、空きベッドを利用しておりますので、ご希望に添えない場合がございますのでご了承くださいませようお願いいたします。

ご気軽にご相談ください。

お問い合わせ先

医療法人 竜操整形外科病院(入院棟)

地域医療連携室(平日 9:00~17:00)

TEL 086-273-1233(代表)

FAX 086-273-1575(地域医療連携室直通)

◎申し込み希望の方は、電話で相談後、裏面の【レスパイト入院申込書】を記入の上、病院へ持参いただくか、上記、FAXにて申し込みをしてください。

※必ず電話にて地域医療連携室に連絡の上、FAXいただきますようお願いいたします。

竜操整形外科病院 地域医療連携室

レスパイト入院申込書

FAX 086-273-1575 (直通)

フリガナ		男	明治・大正・昭和・平成	
患者氏名		女	年	月 日生 (歳)
住所	〒	連絡先	TEL:	
		緊急連絡先	TEL:	
主病名				
入院目的				
入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
かかりつけ医	病院・医院:		主治医:	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻・腸瘻・経鼻) その他 ()			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
	食事形態 (主食:		副食:)	
	注入食 (商品名:		注入回数: 回/日)	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ			
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 褥瘡予防マット使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
問題行動	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
要介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
障害区分	<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> わからない			
担当	事業所:		TEL:	
ケアマネージャー	担当者:		FAX:	
緊急連絡先	①お名前		(続柄) TEL:	
	②お名前		(続柄) TEL:	
備考				