



レスパイト入院までの手順

1. かかりつけ医、介護支援専門員、訪問看護師による申し込み方法

- * レスパイト入院申込書（別紙①）とかかりつけ医の紹介状（診療情報提供書）を、門司メディカルセンター地域医療連携室宛てに FAX 若しくは郵送をお願い致します。

2. 受け入れ前カンファレンスの実施

- * レスパイト入院申込書の情報を基に多職種でカンファレンスを行い、入院対象者と介護者が、安心して療養生活が送れるように、入院前に検討する場を持ちます。
そして、入院日と入院病棟の決定をします。
- * カンファレンス結果は、申し込みから3日以内に、レスパイト入院結果報告書（別紙②）を FAX でお知らせ致します。

3. レスパイト入院決定後

- * 入院カンファレンスの日程調整

備考）入院カンファレンス：入院前に入院対象者や介護者の希望、日常生活の情報収集を実施し、安心して円滑な入院体制を整える場です。

★入院カンファレンスへの出席をお願い致します。（可能な方で構いません）★

- ・介護者・療養者・かかりつけ医・訪問看護師・介護支援専門員・ヘルパー・リハビリ担当者など

- * 申込者（地域包括ケア病棟レスパイト入院申込書記入者）は、入院カンファレンス参加者名簿（別紙③）の返信をお願い致します。（FAX 又は郵送）
- * 介護支援専門員は、基本情報とケアプランの提供をお願い致します。（FAX 又は郵送）
- * かかりつけ医は、保険情報の提供をお願い致します。（FAX 又は郵送）

4. 入院カンファレンスについて

- * 入院前の生活状況について情報収集を行い、療養者及び介護者の意向を確認し、計画を立案致します。
- * 療養者及び介護者が安心できるよう、多職種（医師・リハビリセラピスト・看護師・事務職員等）から、入院中に提供するケアについて説明を行います。
- * 介護者の事前来院が困難な場合には、介護者への電話連絡や当院看護師の訪問を検討させていただきます。

療養者が住み慣れた地域で生活ができるように
介護者の気持ちに寄り添い、退院後も安心・安全な療養が
継続できるようにお手伝いさせていただきます。



地域包括ケア病棟レスパイト入院申込書

(別紙①)

門司メディカルセンター

ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日
患者氏名				
患者住所		電話番号		
キーパーソン 氏名		患者との 関係		
かかりつけ 医療機関		医師名		
		電話番号		
診断名				
入院希望期間 ※原則2週間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日			
入院希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者の病気 <input type="checkbox"/> 介護者の旅行 <input type="checkbox"/> 近親者の冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> その他()			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 ※施設入所または転院希望者は不可			
医療行為	<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事形状() <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 嚥下障害あり <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> フォーリーカテーテル(Fr.交換日 /) <input type="checkbox"/> その他()			
ADL状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり(特殊マットレス使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車いす乗車可 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> その他()			
精神状態	認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 問題行動 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
感染症	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人ユニット <input type="checkbox"/> 大部屋			
ケアマネー ジャー事業所	事業所名	電話番号		
	担当者ケアマネージャー	FAX番号		
訪問看護ス テーション	事業所名	電話番号		
	訪問看護師名	FAX番号		

申込者について(該当するものに☑を入れてください)

- かかりつけ医
- ケアマネージャー
- 訪問看護師
- その他

(氏名:

連絡先:

患者との関係:

)

レスパイト入院結果報告書

門司メディカルセンター

ふりがな		
患者氏名		
レスパイト入院 受け入れ可否	可	否 (理由:)
入院期間	西暦 年 月 日(11時)～西暦 年 月 日(10時)	
入院病棟	<input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟(5階)	<input type="checkbox"/> ()病棟
部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人ユニット <input type="checkbox"/> 大部屋	
受け持ち看護師		

在宅で療養される方と・介護者の意向をお伺いし、療養される方が安心・安全な療養生活を送れるように、入院前にカンファレンスを開催したいと思っています。
円滑な入院体制の整備ができるよう、入院前カンファレンスの参加をお願い致します。

<以下の項目にご協力ください>

- ・入院前カンファレンス参加について、「病・診・介護連携FAXアポイント」用紙でFAXまたは郵送で返信お願い致します。(申込者)
- ・基本情報とケアプランを地域連携室へFAXして下さい。(ケアマネージャー)
- ・保険情報を地域連携室へFAXして下さい。(かかりつけ医)

レスパイト入院参加者名簿

門司メディカルセンター

ふりがな		
患者氏名		
職種	参加・不参加 どちらかに○を つけてください	氏名
介護者	参加 不参加	
療養者	参加 不参加	
かかりつけ医	参加 不参加	
訪問看護師	参加 不参加	
介護支援専門員	参加 不参加	
ヘルパー	参加 不参加	
リハビリ担当者	参加 不参加	

在宅で療養される方と・介護者の意向をお伺いし、療養される方が安心・安全な療養生活を送れるように、入院前にカンファレンスを開催したいと思っています。

円滑な入院体制の整備ができるよう、可能であれば入院カンファレンスの参加をお願い致します。