

# 洛和会音羽記念病院

## 地域連携 NEWS

Vol.  
17

〒607-8116 京都市山科区小山鎮守町29-1 TEL 075(594)8010(代) FAX 075(593)8035 <https://www.rakuwa.or.jp/kinen/>

# レスパイト入院のご案内

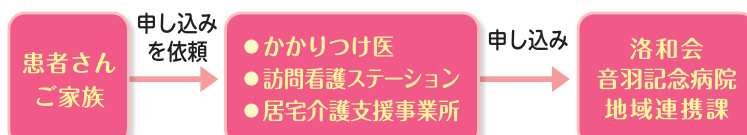
レスパイト入院は、在宅療養を長く続けていけるよう、介護する側・受ける側双方を支えるための入院です。例えば、介護者の介護疲れや病気・冠婚葬祭・外出など在宅療養が困難になった際、一時的にご利用いただけます。※医療保険適用です。

### ご利用いただける方

- 在宅療養中の方
- 透析を受けている方



### レスパイト入院ご利用の流れ



### 洛和会音羽記念病院 地域連携課に申し込みください

- 申し込みはかかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所から受け付けています。
- 申し込みの際は、診療情報提供書と看護サマリー（ADL表）、もしくは入院申し込み書ADL表（裏面）をFAXしてください。

### 院内調整後に返答いたします

- 申し込み者へ入院の可否、入院日時について返答いたします。
- ※病棟運営の状況により、受け入れが困難となる場合があることをご了承ください。

## 着任のごあいさつ



洛和会音羽記念病院  
腎臓内科

医師 志水 愛衣

専門分野 腎臓疾患・透析

専門医認定・資格など

日本内科学会 総合内科専門医

2024年4月に洛和会音羽記念病院 腎臓内科に着任いたしました。これまで急性期の総合病院で、腎臓内科医として慢性腎臓病や生活習慣病の管理を中心に、腎炎・急性腎不全の対応や腎不全患者さんの全身管理に携わっていました。当院では発熱などの精査加療をはじめとした内科管理を中心に従事しています。病気を患う患者さんが少しでも安心し、幸せな時間を過ごしていけるよう、力を尽くしていきたいと考えております。よろしくお願い申し上げます。



# 入院申し込み書 ADL表

年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|
| 患者様氏名(ふりがな)<br>様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住所            |    |
| 生年月日 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日 歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TEL           |    |
| キーパーソン(ふりがな)<br>様                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住所            |    |
| 続柄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TEL           | 携帯 |
| レスパイト理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | レスパイト希望の日程や期間 |    |
| 家族構成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 医療保険 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公費<br>介護保険 <input type="checkbox"/> 有 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<br>居宅: 担当CM:<br>連絡先:<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 )<br>身障手帳 <input type="checkbox"/> 有 級 <input type="checkbox"/> 無 特疾給付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |               |    |
| 生活(ADL)の状況<br>① 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり )<br>身長( cm ) ・ 体重( kg )<br>( )<br>② 食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 鼻注 <input type="checkbox"/> 胃ロウ )<br>食事量( ) カロリー数( )<br>経口摂取: 主食( ) 副食( ) 補食( )<br>経管栄養: 注入内容( ) × 回 ・ 白湯 × 回 )<br>③ 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ<br><input type="checkbox"/> Ba <input type="checkbox"/> 導尿<br>( )<br>④ 麻痺: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他( )<br>⑤ 認知: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 )<br>⑥ 理解力: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 年相応レベル <input type="checkbox"/> やや障害 <input type="checkbox"/> 障害<br>⑦ 会話: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 年相応レベル <input type="checkbox"/> やや障害 <input type="checkbox"/> 障害<br>⑧ 医療処置: <input type="checkbox"/> 透析 ( <input type="checkbox"/> 月・水・金 <input type="checkbox"/> 火・木・土 <input type="checkbox"/> その他 )<br>透析時間 時間 ・ 入院前の最終透析日( 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 褥創( ) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> 血糖チェック( ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 ( <input type="checkbox"/> 自己注射可 <input type="checkbox"/> 不可 ) <input type="checkbox"/> 人工肛門<br>( )<br>⑨ その他: 入浴方法: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 清拭のみ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |    |

洛和会音羽記念病院  
地域連携課

ご意見・ご質問・ご要望など承ります

受付時間

月～土曜日 午前8時30分～午後5時15分

連絡先

TEL 075(594)8010(代)

FAX 075(593)8035

E-mail msw\_k@rakuwa.or.jp

