

# レスパイト入院申込書

申込日： 年 月 日

中通総合病院 地域医療連携部 宛

専用FAX 018-884-7123

◆お申し込み元 医療機関名／事業所名 ( ) 担当者 ( )

TEL ( ) FAX ( )

医療機関名 (かかりつけ医)			
医師名			
電話番号	( )	FAX番号	( )

(ふりがな) 患者氏名	( )	性別	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
		男・女		
住所	〒 -	TEL	( )	
日中の連絡先	( )	ご家族氏名		
入院希望の理由				
入院希望期間	年 月 日 から 年 月 日 【概ね2週間まで】			
担当ケアマネジャー	事業所名:	担当者:		
担当訪問看護師	事業所名:	担当者:		
医療行為	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 麻薬の管理 <input type="checkbox"/> 胃瘻(腸瘻) <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器( ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> 麻薬使用 <input type="checkbox"/> その他( )			
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 4床室 <input type="checkbox"/> 個室(有料個室の場合 1日4,400円 税込) ※病床の状況により、希望に添えない場合があります。			
その他特記事項				

※お申し込みの際は、『本申込書』と一緒に『診療情報提供書』の送付をお願いいたします。

また、ケアマネジャーや担当の訪問看護師がいる方はあわせて『情報提供書』の送付もお願いいたします。

※入院判定の後、入院の可否についてご連絡いたします。

中通総合病院 地域医療連携部	〒010-8577 秋田市南通みその町3の15
TEL 018-833-1122 (代表) 内線 1670	直通TEL 018-825-1722 直通FAX 018-884-7123