

レスパイトケア入院 予約申込書

済生会中和病院 地域連携室 御中

FAX送信先 0744-43-6625

年 月 日

紹介元医療機関

機関名称	
所在地	〒 ー
医師名	
電話番号	
FAX番号	

レスパイトケア入院希望者

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
氏名			年齢	(才)
			連絡先電話番号	
現住所	〒			
診断名				
入院希望日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()			
入院希望の部屋	個室 (有料 4,000円/日 税別) ・ 総室 ・ どちらでも可			

以下の項目にご記入をお願い致します。

現在の状態				
人工呼吸器装着	(有 ・ 無)	気管切開	(有 ・ 無)	
酸素療法	(有 ・ 無)			
食事	(経口 < 自立 ・ 介助 >	胃管チューブ	胃瘻)	
排泄	(自力歩行でトイレ	ポータブルトイレ	おむつ 尿管カテーテル)	
移動	(自力 杖	シルバーカー	車椅子 ベッド)	
薬の内容	[]			
その他	[]			
家族面談希望日時	第1希望(月 日 時 分) 第2希望(月 日 時 分)			