

# レスパイトケア入院予約申込書

FAX送信先 0744-43-6625

社会福祉法人恩賜財団 済生会中和病院 地域連携室 宛て

平成 年 月 日

紹介元医療機関	
機関名称	
所在地	
医師名	
電話番号	— —
FAX番号	— —

レスパイト入院希望者					
フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
氏名			年齢		歳
			連絡先 電話番号		— —
現住所	〒 —				
診断名					
入院希望日	平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
入院希望の部屋	個室（有料） ・ 総室 ・ どちらでも可				
現在の状態	以下の項目にチェックをお願いします。				
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

平成 27年 11月 済生会中和病院 地域連携室 作成