

# レスパイトケア入院 予約申込書

医療法人恵愛会上村病院 地域連携室 御中

FAX送信先 0996-22-8251

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 2,000円・5,000円/日 税込) ・ 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)
----------	----------------	----------------