

レスパイト入院申込書(FAX専用)

令和 年 月 日

FAX送信先 0185-54-1266

JCHO秋田病院 地域連携室宛て

※ 「レスパイト入院申込書」と「診療情報提供書(薬の内容を含む)」をFAXお願いします。

紹介元医療機関又は事業所	病名・入院希望日・日数
機関名称: TEL: FAX:	病名: 入院希望日: 令和 年 月 日 () 日数: () 日間

○患者情報

ふりがな		性別	男・女
患者氏名		生年月日	
住所		電話番号	
		携帯番号	
キーパーソン	氏名: 続柄:	担当 ケアマネ	氏名: 事業所:

○現在のADL状況

食事 : 食事形態(主食: 副食:) 自立 セッティング 介助
経鼻胃管 胃ろう

排泄 : 歩行にてトイレ ポータブルトイレ おむつ 尿管カテーテル
人工肛門 その他()

活動 : 自立 杖 老人車 車いす ベッド上
寝たきり (エアマット種類:)

睡眠 : 良眠 不眠 眠剤使用 夜間せん妄

酸素 : なし あり (L/分)

吸引 : なし あり

認知症: なし あり

処置: 人工肛門 中心静脈栄養 人工呼吸器 気管切開
麻薬使用(種類:) 褥瘡等処置()

連絡事項: []

○担当医に確認後、入院決定の可否をご連絡いたします。

※ 医師・病棟等確認後、地域連携室より予約票のFAXにてお返事いたします。

※ 入院当日までに状態変化があった場合には、事前に地域連携室 (TEL:0185-52-3100)までご連絡ください。

(保険証等のコピーでも構いません)

保険者番号		区分	
記号・番号		自己負担	
資格取得		有効期限	
公費負担番号		公費受給者番号	