

## レスパイトケア入院申込書 (FAX専用)

FAX送信先 022-306-1741

年 月 日

JCHO仙台南病院 地域医療連携室 宛て

紹介元医療機関又は事業所	病名・入院希望日・日数・お部屋の希望
機関名称：  所在地：  電話番号： FAX番号：	病名：  入院希望日： 月 日( ) ~ 月 日( ) ( ) 日数： 日間 (2日~14日以内) お部屋の希望：大部屋・2人部屋・個室 2人部屋(¥3,300・¥5,500)・個室(浴室無¥7,700・浴室付 ¥13,200) ※患者様の状態によりご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください

## 患者情報

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
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( )
保険情報	※保険証のコピーをいただいても構いません		
保険者番号		記号・番号	
		続柄	
公費負担者番号		受給者番号	
		負担割合	1割・2割・その他(割)

## 現在のADL状況

食事	食事形態(主食： 副食： ) 自立摂取・胃管チューブ・胃瘻
排泄	歩行にてトイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル・人工肛門 (その他 )
移動	自立・杖・歩行器・車いす・ベッド上(エアーマットレス：種類 )
睡眠	良眠・不眠(夜間せん妄：なし・あり) (眠剤の使用：なし・あり)
酸素	なし・あり( l/分)
吸引	なし・あり( 回/日)
認知症	なし・あり
その他の処置等	

※診療情報提供書(薬の内容も含め)のFAXをお願い致します。医師・病棟等確認後、地域医療連携室より予約票のFAXにてお返事をさせていただきます。入院日までに状態に変化があった場合には、事前に地域医療連携室(電話022-306-1740)までご連絡ください。