

レスパイトケア入院申込書 (FAX専用)

FAX送信先 022-306-1741

JCHO仙台南病院 地域医療連携室 宛

年 月 日

紹介元医療機関 又は 事業所

機 関 名 称			
電 話 番 号		FAX 番号	

患者情報

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)
住 所			
電 話 番 号			
キーパーソン	氏名:	続柄:	
ケアマネジャー	氏名:	事業所:	

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 有料室 2人部屋 (¥3,300 ¥5,500) 個室 (浴室無 ¥7,700 ¥8,800 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		

現在のADL状況

食 事	食事形態 (主食: 副食:)	自立・介助摂取・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	あり (l/分) ・なし	
吸 引	あり (回/日) ・なし	
認 知 症	あり ・ なし	
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。

申込内容を確認後、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。