レスパイト入院のご案内

レスパイト入院お受けしております

お気軽にご相談ください

ご利用できる方

- ショートステイでは対応困難な医療ニーズのある方
- ご自宅へ退院される方(居住系介護施設でも可)

ご依頼方法

1. レスパイト入院のご相談
   担当ケアマネジャー、かかりつけの先生もしくは訪問看護ステーション、
   地域包括支援センターより地域医療連携室へ連絡。まずはご相談ください。
   TEL：022-306-1740

2. 「レスパイト入院申込書」を記載し、診療情報提供書と
   一緒に地域医療連携室へ FAX：022-306-1741

3. 日程調整後、当院担当者よりご依頼元へ連絡いたします。

レスパイト入院申込書（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(JCHOの申込書)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。

お問い合わせ先：JCHO 仙台南病院　地域医療連携室

TEL　022-306-1740　　FAX　022-306-1741