

レスパイト入院の案内

当院は、在宅で療養生活を送っている患者さんや、ご家族(介護者さん)を支援させていただくため、レスパイト入院の受け入れを行っています。

患者さんやご家族の休息目的、ご家族(介護者さん)のご都合にあわせ短期的にご入院いただくことができます。



【ご利用できる方】

- ・ 常時、医療行為・介護が必要な方
- ・ 在宅療養が再開できる方
(レスパイト入院中は、基本的に治療や検査、他病院の受診はできません)

【ご利用までの手順】

1. レスパイト入院のご相談
かかりつけの先生もしくは訪問看護ステーション、介護支援事業所より
地域医療連携室(直通) 022-306-1740 へ連絡
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



※依頼書は当院ホームページよりダウンロードしてご利用ください ⇒

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	
メールアドレス	続柄:
ケアマネジャー	事業所:
病 名	
入 院 希 望 日	月 日 () ~ 月 日 ()
日 数	日間 (2日~14日以内)
大部室 2人部屋 ¥1,100 ¥2,200 個室 ¥5,500 ¥7,700 ※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・経腸
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: 褥瘡)
睡 眠	良眠・不眠(夜間せん妄: なし・あり) (薬剤の使用: なし・あり)
服 薬	あり(日/分) - なし
吸 引	あり(回/日) - なし
認 知	あり・なし
その他の留意事項	

※診療情報提供書(※の欄)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。

年末年始のレスパイト入院 ご相談お受けしております。

訪問診療を行っている先生方のお休みの間など、是非ご活用ください。

～ ご相談はお早めに！～

