

浅香山病院 地域包括ケア病棟 レスパイト入院利用申込書 (2024.6 改定)

★ご依頼者様は以下の記入欄を記載の上、必要書類と一緒に FAX して下さい★

利用者氏名： (ID：) 申込日： 年 月 日

今回のレスパイト入院の目的 【初回・()回目】

★再利用者の方は回答をお願いします。前回入院から状態変化(有・無) 投薬内容の変更(有・無)

＊ご利用希望の内容＊

| | |
|---|--|
| 現在の生活場所 | 在宅 ・ 施設利用中() |
| 退院後の生活場所 | 在宅 ・ 同じ施設へ戻る |
| 他施設等への申込状況 | 有 ・ 無 |
| 利用の希望期間 ※原則 14 日間以内※ ※受入曜日：月～土 午前 | 第1希望 年 月 日 ～ 年 月 日 第2希望 年 月 日 ～ 年 月 日 ※差し支えなければ、午前中の退院にご協力をお願いします。 |
| 個室希望 | 有料個室 8,800 円/日額 ・ 4 人部屋 |
| 定期的な利用の希望 | 有 ・ 無 次の予定される時期： |

＊お申込事業所様の情報＊

| | |
|--------|-----|
| 事業所名称 | |
| 担当者 | |
| 住所 | |
| 連絡先① | () |
| 連絡先② | () |
| FAX 番号 | () |

※本書式に合わせて下記の必要書類と一緒に FAX お願いします。

【入院相談時 必須】 フェイスシート(入院時連携シート)または看護サマリー

【初回の入院相談時は必須】 診療情報提供書 ★2 回目以降は状況によって変わります。

◎お問い合わせは、地域医療連携室 担当看護師までお願いします。

【TEL】 072 - 229 - 9232 (直通) 【FAX】 072 - 229 - 9267 (直通)

【受付時間】 月曜～金曜 9:00～17:00 土曜 9:00～12:00