

留萌市立病院 レスパイト入院予約申込書

紹介元医療機関	
機 関 名 称	_____
所 在 地	_____
医 師 名	_____
電 話 番 号	_____ FAX 番号 _____

レスパイト入院の希望者							
ふりがな		男 女	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名			年齢	() 歳			
			連絡先番号				
現住所	〒 _____						
診断名							
保険者番号		記号／番号	／				
被保険者番号		続柄					
公費負担医療受給者証 1	負担者番号	受給者番号					
公費負担医療受給者証 2	負担者番号	受給者番号					
緊 急 連 絡 先	氏名	電話番号					
現在の状態		※わかる範囲でご記入ください					
気 管 切 開		(有 ・ 無)					
酸 素		(有 ・ 無)					
食 事		(自力 ・ 介助 ・ 胃管チューブ ・ 胃ろう) 食種 _____					
排 泄		(自力歩行でトイレ・ポータブルトイレ・オムツ・尿管カテーテル)					
移 動		(自力 ・ 杖 ・ 車いす ・ ベッド上)					
認 知 症		(有 ・ 無)					
薬 の 内 容		(「お薬手帳」のコピーを添付していただいても結構です。)					
そ の 他							
入 院 希 望 日	令和 年 月 日 () ～ 令和 年 月 日 ()						
入院希望の部屋	個室 (有料 特別室 7,700 円 個室 3,300 円) / 通常の病室						
地域包括ケア病床の 入院の説明・理解	<本人・家族> ☐ 承諾済 ☐ 未承諾 (理由: _____)						
本人・家族等の希望 (_____)							
家族構成 (氏名及び年齢を記入してください。)							