

湖東厚生病院レスパイト入院申込書（兼入院確認票）

FAX送信票

| | |
|-------|-------|
| 医療機関名 | 医院・病院 |
| 診療科 | |
| 医師名 | |
| 連絡先： | |
| FAX： | |

【患者情報】

| | | | | | | |
|-------|--------------------------|---------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | | | |
| 氏名 | | | T | S | H | 年 月 日 歳 |
| 住所 | | | | | | TEL () |
| 主病名 | | | | | | |
| その他情報 | <input type="checkbox"/> | 寝たきり | <input type="checkbox"/> | 喀痰吸引 | <input type="checkbox"/> | 気管切開 |
| | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> | 在宅酸素 | <input type="checkbox"/> | 人工肛門 |
| | <input type="checkbox"/> | 胃ろう | <input type="checkbox"/> | 腸ろう | <input type="checkbox"/> | 腎ろう |
| | <input type="checkbox"/> | 経鼻カテーテル | <input type="checkbox"/> | ウロストミー | <input type="checkbox"/> | 中心静脈栄養 |
| | <input type="checkbox"/> | 麻薬使用 | <input type="checkbox"/> | 褥瘡等創処置 | <input type="checkbox"/> | その他 |
| | | () | | | | |

【入退院日】

| | |
|-------|--------------|
| 入院希望日 | 令和 年 月 日 () |
| 入院予定日 | 令和 年 月 日 () |

【当院記入欄】

| | | |
|-------|--------------|------|
| 入院可否 | 入院可能 | 入院不可 |
| 入院予定日 | 令和 年 月 日 () | |

▶ 保険証のコピー及び入院時情報共有シートを入院3日前までにFAXお願いします。

| |
|-------------------------|
| 湖東厚生病院 地域医療連携室 |
| TEL 018 (875) 2100 (代表) |
| FAX 018 (875) 5269 |