

# レスパイト入院 予約申込書 (FAX 専用)

FAX 送信先 0278-52-2238 (直通)

医療法人社団ほたか会 群馬パース病院 地域連携室 宛て

平成 年 月 日

紹介元医療機関	病名・希望
機関名称： 所在地：  医師名： 電話番号： FAX 番号：	病名：  発病年月日： 年 月 日 入院希望日： 年 月 日 ( ) 希望日数： ( ) 日間 ※最長 14 日間

## 《 入院される方 》

ふりがな 氏 名	男 ・ 女	生年月日 T ・ S 年 月 日 ( 歳)
現住所 〒	連絡先 TEL	
保険証 (コピーを FAX してください) <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 特疾患 <input type="checkbox"/> 特疾病 <input type="checkbox"/> 生保	保険者番号：	
	記号・番号：	
	公費負担番号：	
<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	負担割合 割	受給者番号：
現 在 の 状 態		
・人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) 機種名： ・気管切開 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) ・酸 素 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) 量： ℓ ・食 事 ( <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 ) ・排 泄 ( <input type="checkbox"/> トイレ・ <input type="checkbox"/> ポータブル・ <input type="checkbox"/> オムツ・ <input type="checkbox"/> カテーテル ) ・移 動 ( <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> ベッド上 ) ・精神状態 ( <input type="checkbox"/> 不穏状態あり・ <input type="checkbox"/> 認知症有り・ <input type="checkbox"/> 認知症無し )		処方内容： (お薬手帳や診療情報提供書の FAX を頂いても構いません)
備考		