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

令和 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  | 男 | ⽣年⽉⽇T ・　Ｓ　　　年　　月　　日　（　　　歳） |
|  | ・ |
| ⽒ 名 | ⼥ |
| 現住所〒 | 連絡先　　℡ |
| 保険証（コピーをFAX してください） | 保険者番号： |
| □協会 ☐共済 ☐組合 ☐国保 ☐⾼齢 ☐後期⾼齢者 | 記号・番号： |
| □福祉 ☐特疾患 ☐特疾病 ☐⽣保 | 公費負担番号： |
| □本⼈ ・ ☐家族 | 負担割合 | 割 |  | 受給者番号： |
| 現　在　の　状　態 |  |
| ・⼈⼯呼吸器 （☐有・☐無） 機種名：・気管切開 （☐有・☐無） | 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） |
| ・酸 素 （☐有・☐無） 量： ℓ |  |
| ・⾷ 事 （☐⾃⽴・☐⼀部介助・☐全介助） |  |
| ・排 泄 （☐トイレ・☐ポータブル・☐オムツ・☐カテーテル） |  |
| ・移 動 （☐⾃⽴・☐杖・☐⾞椅⼦・☐ベッド上） |  |
| ・精神状態 （☐不穏状態あり・☐認知症有り・☐認知症無し） |  |
| 備考 |