＜レスパイト入院申込書＞

事業所名	
ご担当者名	
電話番号	
FAX 番号	
申込日	年　　月　　日

ご利用者さま情報

氏名 ・ 性別	氏　　名 ：　　性別 ： 男性 ・ 女性
生年月日	年　　月　　日 年齢 ：　　歳
住所	
入院中の連絡先	氏　　名 ：　　続柄 ：
	電話番号 ：
ADL 状況	フリー ・ 杖 ・ シルバーカー ・ サークル ・ 車椅子 ・ ベッド上 その他(　　)
認知機能低下	有 （症状　　） ・ 無
かかりつけ医療機関	
レスパイト入院希望期間 ※ベッドの状況により、 ご希望に添えない場合もあります	年　　月　　日から 年　　月　　日まで
レスパイトの理由	
来院方法	介護タクシー ・ 自家用車 ・ その他(　　) ※退院時の車の手配は事前にお願いします。
同行者	

初めての方はかかりつけ医からの診療情報提供書をお願いします。
<u>※2回目以降でも、患者様の状況に合わせて、診療情報提供書をお願いする場合があります。</u>

■レスパイト入院を利用する際は、1 週間前までに、入院窓口に連絡のうえ、レスパイト入院申込書の FAX をお願い致します。
■平日入院・平日退院となります。　■入院時間は、10:30　退院時間は 10:00 となります。
■入院必要物品
□保険証　□処方薬（利用日数分＋2 日分位　必ずご持参ください）　□お薬手帳
□特殊な医療材料や機器などをご使用の場合はご持参ください。
□日用品　**<u>※当院ではアメニティがご利用できます。</u>**
パジャマ・タオル・バスタオル・オムツ・洗面用具・ティッシュペーパー・コップなど
詳細は入院時にお渡しするアメニティのパンフレットをご覧ください。

医療法人財団健和会　柳原病院　入院窓口
電話番号 ： 03-3882-1928（代）　FAX 番号 ： 03-3870-6770

（柳原病院使用欄）

入院確認医師：	主治医：	入院病棟：