

レスパイトケア 予約申込書(FAX専用)

FAX送信先 045-721-0557

一般財団法人 育生会横浜病院 地域医療連携室 宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関		病名:	
機関名称:	所在地:	発病年月日: 年 月 日	
医師名:		※太枠内は必ずご記入をお願いいたします。 ご入院後の退院日の延長は、基本致しかねます。	
電話番号:		入院希望日: 年 月 日()	
FAX番号:		退院日: 年 月 日()	
		入院面談希望日: 年 月 日()	

《受診される方》

フリガナ	年齢	男	生年月日	T・S・H	年 月 日
氏名		女	連絡先電話番号		
現住所	〒				
当院カルテNo.	有・無 (分かる場合は記入をお願いします)		カルテNo.		
保険証	(コピーをFAXして頂いても構いません)				
保険者番号	記号・番号			本人・家族	
公費負担者番号	受給者番号				
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ その他(割)			

以下の項目にチェックをお願いします。

・現在の状態

気管切開 (有・無)

酸素 (有・無)

痰吸引 (有・無)

食事 (自力摂取・胃管チューブ・胃ろう)

排泄 (自力歩行でトイレ・ポータブルトイレ・オムツ・カテーテル)

移動 (自力・杖・車いす・ベッド上)

褥瘡・皮膚処置 (有〈場所: 〉・無)

薬の内容 () * お薬手帳や診療情報提供書のコピーでも可。

・訪問看護ステーション 名称() 連絡先()

・居宅介護支援事業所 名称() 連絡先()