

レスパイトケア 予約申込書(FAX専用)

FAX送信先 045-712-9926

一般財団法人 育生会横浜病院 地域医療連携室 宛

平成 年 月 日

紹介元医療機関	病名・入院希望日等
機関名称:	病名:
所在地:	発病年月日: 年 月 日
医師名:	入院希望日: 年 月 日()
電話番号:	入院面談希望日: 年 月 日()
FAX番号:	退院日: 年 月 日()

《受診される方》

フリガナ		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)					
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)					
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()					