

地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

同樹会苫小牧病院 地域医療連携室

入院受付担当者 行

FAX直通：0144-32-2050

TEL直通：0144-38-2020

受付時間：平日9：00～17：00

依頼元

住所：

名称：

担当者名：

連絡先：

申し込み用紙を記入し、「予約申込書」と「診療情報提供書」を地域医療連携室までFAXしてください。

内容を確認後にご連絡いたします

※2回目以降のご利用時は、「予約申込書」のみで予約可能ですが、病状に変化がありましたら「診療情報提供書」も一緒にFAXお願いいたします

フリガナ			大正 ・ 昭和 ・ 平成
患者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	〒 TEL：		
緊急連絡先	氏名：	続柄：	TEL：
かかりつけ医療機関	医師名：		
病名			
入院希望理由			
入院希望期間	年 月 日 () ～ 年 月 日 () ※原則14日間		
医療処置	☐ 褥瘡 ☐ 吸引 ☐ 麻薬の管理 ☐ 胃瘻 ☐ 在宅輸液 ☐ 在宅酸素 L ☐ 気管切開 ☐ インスリン ☐ その他 (		
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 嚥下障害： ☐ あり ☐ なし 主食 ☐ 米飯 ☐ 全粥 副食 ☐ 通常食 ☐ 特別食 () 注入食 (商品名： 回数 回/ 日)		
排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ ストマ ☐ バルーンカテーテル (最終交換日 /)		
移動身体状況	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 寝たきり：褥瘡予防マット使用 あり・なし ☐ 独歩 ☐ 杖・歩行器 ・車椅子 その他 (		
精神状況など	☐ 認知症 ☐ 不穏 ☐ 夜間不眠 ☐ その他 ()		
要介護認定・障害区分	☐ 申請中 ☐ 要支援 1 ・ 2 ☐ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ☐ 障害区分：		
担当ケアマネジャー	事業所： TEL： 担当者：		
申し込み者名			
備考			