

【FAX返信用】 FAX：098-857-0947

小禄病院 地域連携室 行

レスパイト入院申込書

申込日	20	年	月	日
在宅主治医 医療機関名				
医師名		主治医より 入院申込許可		
【申込記入者の情報】				
事業所名				
担当者名		職種		
TEL		FAX		
【患者情報】				
ふりがな		性別		
患者氏名		生年月日	年	月 日
住所	〒 沖縄県			
入院希望期間 (14日以内)	20	年	月 日	～ 20 年 月 日
主病名				
【患者状態、医療提供等】				
▼該当の項目にチェックを入れてください。				
<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 気管切開		
<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 腎瘻		
<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸ろう	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 麻薬使用	<input type="checkbox"/> ストマ		
<input type="checkbox"/> 褥瘡等創傷処置 (.....)				
<input type="checkbox"/> その他 (.....)				
▼その他の情報・連絡事項等				

【申込時のお願い】 医療・ケア継続のために下記書類についてもFAXにてお送りください。

- ①在宅主治医からの情報提供書
- ②訪問看護、ケアマネージャー等からの入院時情報シート
- ③1日の具体的なケア計画（個別の注意点についての情報）

※ご提供いただいた情報より判定会議にて入院を検討いたします。ご協力をお願いします。

小禄病院