

## レスパイト入院 申込票

【患 者 様 情 報】		性別: 男 ・ 女	
氏名:			
生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 才 )			
たちばな台病院通院歴: 受診・入院 ( 科:時期 年 月頃)			
【相談内容】			
レスパイト希望期間: 月 日 ~ 月 日			
事前説明来院希望日: 月 日 ※保険証、お薬手帳をお持ちください			
ショートステイ確認: 済 ・ 未 ※事前に地域のショートステイにご確認いただき、空がない場合に対応を検討させていただきます。			
目的・理由:			
特記事項:			
【来 院 予 定】			
付き添い者: 家族 ・ 看護師 ・ ケアマネジャー ・ その他 ( )			
移動手段: 自家用車・施設車・タクシー・介護タクシー・その他 ( )			
【申込者】 折り返し返答させていただく事業所・担当者 (ケアマネジャー、訪問看護師等)			
事業所名:		(電話: FAX: )	
担当者様:			

○申込票(当用紙)、患者情報提供書、診療情報提供書と一緒にレスパイト入院希望日14日前までにお申し込みください。

○レスパイト入院は差額ベット代(6,050円~9,350円(税込))がかかります。

※入院の状況によって調整させていただきます。

○申し込み後数日以内に当院担当者より返答させていただきます。