

## 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、空き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。