

レスパイト入院・申込用紙

当院では、レスパイト入院を最大2週間を期限に対応しております。ご家族の急な出来事や医療依存度の高い方のご家族の介護休暇等にご活用いただけます。

下記の必要項目をご記入のうえ地域連携室宛にお申し込みください。
お申し込みはFax・お電話・郵送・事務受付に手渡しで受付いたします。

甲賀市立信楽中央病院・地域連携室

〒529-1851
滋賀県甲賀市信楽町長野473
TEL 0748(82)0249
FAX 0748(82)3060

申込日 年 月 日

| | | | | | | |
|-------|-------------|---|----------------|---|-----|-----|
| 患者氏名 | | | | | | 男・女 |
| 生年月日 | S H R | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| 住所 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| FAX番号 | | | | | | |
| 主介護者 | | | | | | |
| 携帯番号 | | | | | | |
| 介護度 | 要支援: 1 2 | | 要介護: 1 2 3 4 5 | | | |
| 事業所 | ケアマネージャー氏名: | | | | | |
| 希望日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | に入院 | |
| | 年 | 月 | 日 | 時 | に退院 | |
| 来院方法 | 自家用車 | | 介護タクシー | | その他 | |

かかりつけ医 病院・医院 先生

必要物品 酸素 吸痰 エアマット その他: