公立学校共済組合四国中央病院　地域医療連携室行き　FAX：０８９６－５６－６０８１

レスパイト入院申込書

ふりがな 患者氏名		生年月日	大・昭・平 年　月　日（　歳）
住所		電話番号	
かかりつけ医			
主病名			
入院希望の理由			
入院希望期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日		
医療行為	□褥瘡処置　□たん吸引　□麻薬の管理　□胃ろう　□気管切開　□点滴 □在宅酸素　□その他（　）　□特になし		
食事	□自立　□一部介助　□全介助 （食事内容　□米飯　□全粥　□きざみ食　□ペースト食） □嚥下障害あり　□嚥下障害なし		
排泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　□おむつ　□バルンカテーテル □その他（　）		
身体状況	□寝たきり状態（褥瘡マット使用　□あり　□なし）　□車いす乗車可能 □歩行可能　その他（　）		
精神状態など	□不穏状態あり　□認知症あり（専門医受診　有・無）　□認知症なし		
部屋の希望	□無料4床室 □個室①　（4,400円　無料テレビ・冷蔵庫） □個室②　（5,500円　無料テレビ・冷蔵庫） □個室③　（6,600円　トイレ・無料テレビ・冷蔵庫） ※ご希望に沿えられない場合があります。あらかじめご了承ください。		
その他			
医療保険情報 （保険種別・番号）			
要介護認定	要支援　１　・　２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５		
ケアマネジャー	事業所名：　ＴＥＬ： 担当者：		

ご入院までに、上記内容に変更がありましたら、ご連絡お願い致します。

送信元：

☆ここから下は記入しないでください。

	受領連絡	クライオ	医師依頼	入院決定	入院連絡	特記事項
病院記入欄						