

レスパイト申込書

申込日： 年 月 日

1、患者名： _____

生年月日： 年 月 日

2、申込者： _____ 続柄： _____

電話番号： _____

3、入院希望期間

入院： 月 日 () 退院： 月 日 ()

4、希望理由

- 介護者の病気ケガ 冠婚葬祭 介護者の休暇
 その他 ()

5、かかりつけ医： _____

6、ケアプラン作成者等： _____

7、希望居室

大部屋 個室 (¥3,300/¥4,950) 特別室 (¥11,000)

入院状況により希望居室がとれない事に 同意する

9、その他 (補足などあればご記載ください)

◆下記、院内記載◆

診療情報提供書 なし 不明 あり → 病診連携室へ来院日時を連絡

玄関前での昇降介助 不要 スタンダード車椅子 リクライニング車椅子 ストレッチャー

- 当日入院 (緊急) → 対応者は当日受診を案内 (対応者は電話後に外来看護師に連絡)
 2～3日中入院 (準緊急) → ケアプラン作成者 (ケアマネ等) を通じて申込み
 1週間以内入院 → ケアプラン作成者 (ケアマネ等) を通じて申込み