

## 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（ 歳）

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（ ）

入退院時間は、10時でお願いいたします。変更をご希望される場合は、ご相談ください。

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

第一希望から順に数字を記入ください。

利用不可の場合（その居室しか空きがない場合はキャンセルしたい）は×を記入ください。

	大部屋		個室 (¥3,300/¥4,950)		特別室 (¥11,000)
--	-----	--	-----------------------	--	------------------

8、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日中に入院（準緊急）→ケアプラン作成者（ケアマネ等）を通じて申込み

1週間以内に入院→ケアプラン作成者（ケアマネ等）を通じて申込み