

レスパイト入院の確認書（兼同意書）

- ・記載内容をご確認の上、□ にチェックと署名をお願いいたします。
- ・記載いただけましたら、地域医療福祉連携センターにご提出ください。

1 入院期間

- 1回の入院期間は、おおむね14日程度といたします。
地域包括ケア病棟の通算利用日数が60日を超える場合は、
次の入院までの期間を3ヶ月空けていただきます。
- 希望される入院日と退院日を決めて、お申し込みください。

2 お薬・医療材料等について

- ☐ お薬（内服・点眼薬・インスリン注射・軟膏・栄養剤など）、医療材料（ストマなど）は利用日数分お持ちください。
- ☐ 病衣・入院生活用品は有料レンタルを利用することもできます。紙おむつはオプション利用（追加料金）となります。

3 入院費用

- ☐ 医療保険での対応となります。
- ☐ 食事代、個室料金など費用負担いただきます。

4 入院時、入院中の注意事項

- ☐ 入院時に手続きや病棟スタッフとの話合いがあります（1時間半程度）
＊検査が必要な方は2時間程度かかりますのでご了承ください。
- ☐ 入院期間中の患者希望による外来受診はできません。
- ☐ 患者希望によるリハビリは行えません。
- ☐ 治療を希望される場合は、レスパイト入院はできません。
症状があって治療を希望する場合は主治医（かかりつけ医）へご相談ください。

上記内容に同意します。

同意年月日：R 年 月 日

患者名： 生年月日： T・S・H 年 月 日

代筆者名： 続柄：