宛先：知多厚生病院　地域医療福祉連携センター
FAX：0569-83-1666

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。※ご希望に添えないこともあります。
利用不可の居室は、×を記載してください。

	大部屋		個室（¥5,500）		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

令和８年 11 月１日