

湖東厚生病院レスパイト入院申込書（兼入院確認票）

FAX送信票

医療機関名	医院・病院
診療科	
医師名	
連絡先：	
FAX：	

【患者情報】

ふりがな		男・女	生年月日			
氏名			T	S	H	年 月 日 歳
住所						TEL ( )
主病名						
その他情報	<input type="checkbox"/>	寝たきり	<input type="checkbox"/>	喀痰吸引	<input type="checkbox"/>	気管切開
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	在宅酸素	<input type="checkbox"/>	人工肛門
	<input type="checkbox"/>	胃ろう	<input type="checkbox"/>	腸ろう	<input type="checkbox"/>	腎ろう
	<input type="checkbox"/>	経鼻カテーテル	<input type="checkbox"/>	ウロストミー	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養
	<input type="checkbox"/>	麻薬使用	<input type="checkbox"/>	褥瘡等創処置	<input type="checkbox"/>	その他
		( )				

【入退院日】

入院希望日	令和 年 月 日 ( )
入院予定日	令和 年 月 日 ( )

【当院記入欄】

入院可否	入院可能	入院不可
入院予定日	令和 年 月 日 ( )	

▶ 保険証のコピー及び入院時情報共有シートを入院3日前までにFAXお願いします。

湖東厚生病院 地域医療連携室
TEL 018 (875) 2100 (代表)
FAX 018 (875) 5269