

# レスパイト入院申込書

FAX 送信先 03 - 3292 - 1300

公益財団法人佐々木研究所附属杏雲堂病院 患者サポートセンター宛

申込日 平成 年 月 日

レスパイト入院希望者					
フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
氏名			年齢	歳	
			電話番号	-	-
現住所	〒 -				
連絡先	氏名	自宅電話番号	-	-	
	続柄	携帯番号	-	-	
	住所				
入院希望日	平成	年	月	日	～ 年 月 日
かかりつけ医					
現在の状態（以下の項目にチェックをお願いいたします）					
人工呼吸器装着	（ 有 ・ 無 ） 気管切開（ 有 ・ 無 ）				
酸素療法	（ 有 ・ 無 ）				
食事	（ 経口 < 自立 ・ 介助 > 胃管チューブ 胃瘻 ）				
創傷（床ずれ）	（ 有 ・ 無 ） 部位・処置（ ）				
排泄	（ トイレ < 自立 ・ 介助 > ポータブルトイレ おむつ 尿管カテーテル ）				
移動	（ 自力 杖 シルバーカー 車椅子 ベッド ）				
認知症	（ 有 ・ 無 ）				
在宅での 介護体制					

## 備考

保険証の確認 紹介状 お薬手帳

主治医 受診歴 持込薬確認