

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

紹介元医療機関	
医療機関名称	
所在地	
医師名	
電話番号	— —
FAX番号	— —

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	
			連絡先電話番号	—	—
現住所	〒 —				
診断名					
入院希望日	平成	年	月	日	～ 年 月 日

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 ）
創傷（床ずれ）	（ 有 ・ 無 ） 部位・処置（ ）
食事	（ 経口 < 自立 ・ 介助 > 胃管チューブ 胃瘻 ）
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 ）
薬の内容	
その他	