レスパイト入院申し込み書

ふりがな 患者氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日
住所	〒				
かかり つけ医			病名 既往歴		
緊急連絡先	氏名： 続柄(　　)		①電話番号		
			②電話番号		
入院理由					
希望期間	年　月　日　～　年　月　日				
部屋希望	□個室(11,000円/日)　□大部屋				
医療行為	□胃瘻　□経管栄養　□痰吸引　□点滴　□酸素（　　L　　） □その他（　　）　□なし				
食事	□自立　□一部介助　□全介助　　嚥下障害：□なし　□あり				
	食事形態（　　）				
排泄	□トイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ　□膀胱留置カテーテル　□その他 行為：□自立　□一部介助　□全介助				
身体状況	□歩行可能　□歩行器使用　□車いす　□寝たきり 見守り：□要　□不要				
精神状況	不穏：□なし　□あり（使用薬剤：　　） 認知症：□なし　□あり				
保険	□前期高齢　□後期高齢　□生活保護　□その他（　　）				
介護認定	非該当　　要支援：1　2　　要介護：1　2　3　4　5				
	担当事務所：				
	ケアマネージャー：　　TEL：				
その他	※ご希望やお困り事がありましたらご記入ください				
添付書類	□診療情報提供書　□薬剤情報　□サマリー　　（可能な限り左記添付ください）				

医療法人杏林会　嶋病院

地域連携室　TEL:073-431-1339　FAX：073-431-3911

〔医療法人杏林会　嶋病院　レスパイト入院〕

◆入院をご希望の方は、地域連携室に連絡のうえ、申し込み書を2週間前までにFAXください。

◆かかりつけ医からの診療情報提供書を持ってきてください。

※かかりつけ医がいない場合はご相談ください。

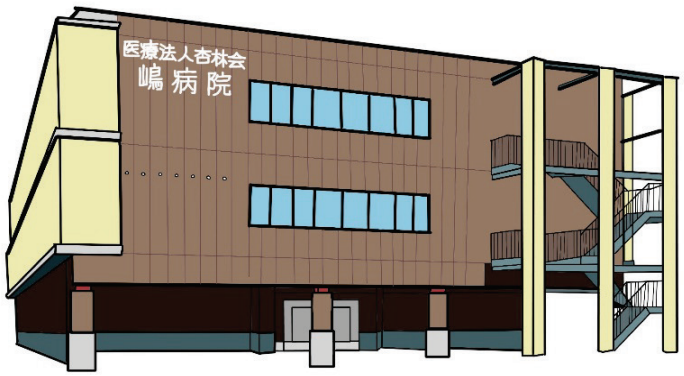
◆原則平日入院・平日退院となります。入退院時、ご家族の付き添いをお願いします。

◆面会時間は、平日・土日祝13～16時です。

◆スタッフや他の入院患者様への危険行為・迷惑行為・徘徊等、患者様の状態により入院の継続が困難な場合は、退院予定日よりも前に退院となる場合がございます。

◆その他ご不明点ありましたら、事前に連絡ください。

入院時必要物品
□各種保健証・マイナンバーカード □処方薬（入院期間に数日分追加してお持ちください） □お薬手帳 □日用品　（パジャマ、タオル、バスタオル、おむつ、洗面用具、ティッシュなど） ※当院ではアメニティサービスがご利用できます（有料） □入院保証金5万円（個室希望の場合は10万円）



嶋病院
〒640-8392
和歌山市中之島874-3
TEL：073-431-3900
地域連携室
TEL：073-431-1339
FAX:073-431-3911