



<レスパイト入院申込書>

FAX番号（直通） 公立岩瀬病院地域連携室 0248-75-3388

事業所名：.....
御担当者名：.....
電話番号：.....
FAX番号：.....
申込日： 令和 年 月 日

| | |
|--------|--------------------------|
| ご利用者名 | 様 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 希望入院期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで |
| 送迎方法 | 車椅子・寝台・その他（ ） |
| 個室希望 | 有（一般個室/特別個室）・無 |

初めての方はかかりつけ医からの診療情報提供書・ADL評価表をお願いします。
2回目以降のご利用方でADLの変化がある場合は、再度ADL評価表の作成をお願いします。

- ◆レスパイト入院を利用する際は、原則1ヶ月前までに地域医療連携室に連絡のうえFAXをお願い致します。
- ◆平日入院・平日退院となります。
- ◆入院時必要物品
 - 保険証 処方薬（利用日数分を必ずご持参ください）
 - 胃ろう注入品やストーマ装具など（利用日数分を必ずご持参ください）
 - パジャマ おむつ 日用品など必要なものをご準備ください

※パジャマ、おむつについては、セットレンタルもあります（別途料金がかかります）