国民健康保険高原病院　地域連携室行き　　(FAX)　0984‐42‐2415

**レスパイト入院申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな患者氏名生年月日住　所連絡先 | （　男　・　女　）大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日　 　　　　　歳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅）　　　　　　　 　 （携帯）　　　　　　 　 　　　 |
| ふりがな氏名(主介護者)　住　所連絡先 | (続柄)　　　　　　　（自宅）　　　　　　　 　 （携帯）　　　　　　 　 　　　 |
| 要介護認定 | □要支援1 ・ 2　　　□要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・5 |
| 担当ケアマネ | (事業所)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 (氏　名) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| かかりつけ医 | □当院　　 □他院（　　　　　　　　）　 □無 |
| 入院理由 | □家族・介護者の理由　　 □患者の理由 |
| 入院希望日 | 令和　　年　　月　　日(　　)　から令和　　年　　月　　日(　　) まで |
| 病室の希望 | □4人部屋　 □個室 (別途室料差額が必要です）※ベッドの状況により、ご希望に添えない場合がございます |
| 当日移動手段 | □福祉タクシー　 □自家用車　 □その他( ) |
| 直近3ヶ月以内で他医療機関を含め入院されたことがありますか？（　はい　　・　　いいえ　）｢はい｣と回答された方への質問です。利用された医療機関名、入院期間、病名をご記入ください。医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　入院期間： 令和　　年　　月　　日 ～　令和　　年　　月　　日病　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　  |