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： | |