

レスパイト入院 予約申込書

FAX送信先 03-3951-1152

社会福祉法人聖母会 聖母病院 患者総合支援部 宛て

令和 年 月 日

紹介元医療機関	
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	生年月日	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	令和 年 月 日() ~ 月 日()			
保険・公費等	☐ 後期高齢者 ☐ 国保 ☐ 難病マル都 ☐ 生活保護 ☐ マル障			
以下の項目にチェックをお願いします。				
【現在の状態】				
<介護保険> 介護度 : ☐ 要支援() ☐ 要介護()				
<気管切開> ☐ 有 ☐ 無				
<酸素療法> ☐ 有 (酸素 ℓ/分) ☐ 無				
<食 事> ☐ 経口摂取(自立 介助)(食事形態:)				
☐ 経管栄養 (胃管チューブ 胃瘻 腸瘻)				
(栄養剤名:)				
<排 泄> ☐ トイレ(自立 介助) ☐ ポータブルトイレ (自立 介助) ☐ オムツ				
☐ 尿管カテーテル				
<移 動> ☐ 自力 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ベッド上				
<薬の内容> (診療情報提供書 ・ お薬手帳のコピーをFAXして頂いても構いません。)				

*病棟の運営上入院ご希望日に入院できない可能性があります。

2025 年 10 月 社会福祉法人聖母会 聖母病院