

レスパイトケア入院予約申込書

医療法人拓生会奈良西部病院 地域連携部 宛て

年 月 日

フリガナ			
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 大 年 月 日 昭 平	年齢	歳
連絡先電話番号			
住所	〒		
診断名			
入院希望日	年 月 日 ~ 年 月 日		
入院希望の部屋	個室(有料) ・ 総室 ・ どちらでも可		
人口呼吸器装着	(有 ・ 無) 気管切開 (有 ・ 無)		
酸素療法	(有 ・ 無)		
食事	((経口(自立 ・ 介助) 胃管チューブ 胃瘻))		
排泄	自力歩行でトイレ ポータブルトイレ おむつ 尿管カテーテル		
移動	(自力 杖 シルバーカー 車椅子 ベッド)		
薬の内容			
その他			
家族面談	第1希望	月 日 時 分	
希望日時	第2希望	月 日 時 分	

FAX 番号 0742-51-8722