

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 地域連携室 宛て

年 月 日

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|----|-------|
| 申込者氏名 | | | |
| 連絡先電話番号 | | | |
| (フリガナ) 利用者氏名 | () | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日 | 大正・昭和 平成・令和 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 電 話 番 号 | | | |
| 住 所 | (〒 -) | | |
| 診 断 名 | | | |
| 既 往 歴 | | | |
| かかりつけ医 | | | |
| 入院希望日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 入院希望の部屋 | 総室 ・ 個室 10,000円 ・ 特別室 20,000円 (税別) | | |
| 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