

# 介護家族支援短期入院(レスパイトケア)予約申込書

慈誠会成増病院 入院相談室 宛

FAX送信先:03-3977-2020

フリガナ 患者名		様	(男・女)	M・T・S・H	年 月 日	歳
患者住所	〒			電話	(自宅)	
御家族連絡先	〒			お名前		
				電話		
紹介元医療機関			診療情報提供書	担当ケアマネジャー		
名称	(紹介状)			氏名		
担当	必須			所属		
電話	後送(FAX・郵送)			電話		
追加分	お名前	自宅電話	携帯電話	血型(型)・RH(+・-)		
御家族	①			身長 cm		
連絡先	②			体重 kg		
入院希望理由				入院希望期間	希望病室	
				令和 年 月 日	①大部屋・②個室	
				↓	③個室経由、大部屋希望	
				令和 年 月 日	④大部屋経由、個室希望	
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )					
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> なし					
保険種別	社保( <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族) 国保( <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他( )					
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> その他( )					
高額医療費	限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある					
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中					
障害区分	<input type="checkbox"/> 障害区分( )					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある(食物 ) (薬 )					
入院中の本人の希望						
入院中の家族の希望						
備考						