

レスパイト入院のご案内

介護疲れ

急な入院



出張・旅行

冠婚葬祭

- 1回当たりの入院期間は原則2週間（14日間）となります。
※2週間以上のご希望の方は要相談となります。
※入院期間を決めた上でご相談下さい。
※ご依頼後に診療情報提供書をFAX頂くようお願い致します。
※服用中の内服薬や経管栄養剤は持参頂くようお願い致します。

【お問い合わせ】

直通 TEL 052-485-3724 / 直通 FAX 052-485-3762

受付時間 9時～17時（月～金曜日＊祝日除く）

<一般入院担当> 佐藤 / <透析入院担当> 小出

入院受入の可否（記号：○受入可能、▲：要相談、×：受入不可）

血液透析	○	TPN・末梢点滴	○	吸引	○
腹膜透析	×	経鼻栄養・胃瘻・腸瘻	○	気管切開	○
リハビリ(PT・OT・ST)	○	人工肛門	○	CPAP・HOT	○
レスパイト	○	インスリン	○	レスピレータ	×
施設入所の待機目的	○	輸血	△	感染症(隔離解除後)	△
生活保護受給者	○	酸素	○	危険行為がある方	×

(医) 偕行会 偕行会城西病院 TEL 052-485-3777 (代表)

レスパイト入院 申し込み用紙

<依頼先> (医) 偕行会 偕行会城西病院 地域医療連携部 入退院支援課 直通TEL : 052-485-3724 直通FAX : 052-485-3762	<ご依頼元> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%; padding: 5px;">施設名</td><td style="width: 45%;"></td></tr><tr><td style="padding: 5px;">氏名</td><td></td></tr><tr><td style="padding: 5px;">住所</td><td></td></tr><tr><td style="padding: 5px;">TEL</td><td style="width: 15%;"></td><td style="padding: 5px;">FAX</td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>	施設名		氏名		住所		TEL		FAX	
施設名											
氏名											
住所											
TEL		FAX									

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 希望
入院目的	

<患者様 情報>				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		
住所				
身体状況 <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 <input type="checkbox"/> 車いす乗車可能 <input type="checkbox"/> 歩行可能				
認知症の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
危険行動の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
必要とされる医療行為 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ()				
ケアマネージャーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (事業所名:)				
訪問看護師の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (事業所名:)				

診療情報提供書を添えて、直通FAX : 052-485-3762までお願いします。