

<レスパイト入院申込書>

FAX番号（直通）022-361-7217

事業所名：.....
御担当者名：.....
電話番号：.....
FAX番号：.....
申込日： 令和 年 月 日

ご利用者名				様
生年月日	T	S	H	年 月 日
性別	男 ・ 女			
住所				
電話番号				
レスパイト入院期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
送迎方法	車椅子 ・ 寝台 ・ その他（ ）			
送迎希望	入院時	有（ 時 分）	・ 無	
	退院時	有（ 時 分）	・ 無	

初めての方はかかりつけ医からの診療情報提供書・ADL評価表をお願いします。
再利用の方でADLの変化がある場合は、再度ADL評価表の作成をお願いします。

- ◆レスパイト入院を利用する際は、原則 1ヶ月前までに地域医療連携室に連絡のうえFAXをお願い致します。
- ◆平日入院・平日退院となります。
- ◆送迎時間をご希望に沿えない場合は、直接送迎業者から連絡致します。
- ◆入院時必要物品

保険証 処方薬（利用日数分必ずご持参ください） 胃ろう注入品
パジャマ おむつ 日用品

※当院アメニティがご利用できます。

〒985-0054

宮城県塩竈市香津町7番1号

塩竈市立病院

地域医療福祉部 地域医療連携室

電話番号（FAX兼用）

022-361-7217