

レスパイトケア 予約申込書 (FAX専用)

FAX送信先076-231-1298(直通)

社会福祉法人 金沢聖霊総合病院 地域医療連携室 宛て

平成 年 月 日

| 紹介元医療機関 | 病名・希望 |
|--|--|
| 機関名称: 所在地: 医師名: 電話番号: FAX番号: | 病名 : 発病年月日 : 年 月 日 入院希望日 : 年 月 日 () |

《受診される方》

| | | | | | |
|---------|----------------------|------------------------------|-------------------|-------|-------|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | T・S・H | 年 月 日 |
| 氏名 | | | 連絡先電話番号 | | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 当院ID | 有 無 | (ID番号が分かる場合、記入をお願いします) IDNo. | | | |
| 保険証 | (コピーをFAXして頂いても構いません) | | | | |
| 保険者番号 | | 記号・番号 | | 本人・家族 | |
| 公費負担者番号 | | 受給者番号 | | | |
| | | 負担割合 | 1割 ・ 2割 ・ その他(割) | | |

以下の項目にチェックをお願いします。

現在の状態

人工呼吸器 (有 ・ 無) 機種名:
気管切開 (有 ・ 無)
酸素 (有 ・ 無)
食事 (自力摂取 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 オムツ カテーテル)
移動 (自力 杖 車いす ベッド上)
薬の内容 (「お薬手帳」のコピーや「診療情報提供書」をFAXして頂いても構いません)