

FAX 宮城病院レスパイトケア入院申込書

年 月 日

宛先:独立行政法人国立病院機構宮城病院

FAX:0223-37-5055(地域医療連携室直通)
TEL:0223-37-1131(代表)

紹介元の事業所	病名・入院希望日
機関名称:	病 名:
所 在 地:	入院希望日:
電話番号:	入院希望期間:
FAX番号:	個室希望の有無:
担当CM:	
かかりつけ医:	診療科:

患者情報

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
住所		電話番号	
		携帯番号	
キーパーソン	氏名: 続柄()	介護保険	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5

現在のADL状況

食事 排泄 移動 睡眠 吸引 認知症 その他の処置等	食事形態(主食: 副食:) 自立・介助・経鼻経管栄養・胃ろう 自立・部分介助・全介助 トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル・人工肛門・ (その他) 歩行自立(杖・歩行器) 車椅子 ストレッチャー 良眠・不眠(夜間せん妄あり・なし) 眠剤の使用:あり・なし あり(回/日)・なし あり・なし
--	---

※かかりつけ医からの診療情報提供書も併せてFAXをお願い致します。