年　　月　　日

FAX送信票
地域包括ケア病棟入院申込書（兼入院確認票）
（レスパイト入院）

医療機関 医院・病院		能代厚生医療センター地域医療連携室 レスパイト入院担当者　行
先生　御侍史		
Tel: Fax:		Tel:　0185－54－8893（直通） Fax:　0185－54－8894（直通）

①**「地域包括ケア病棟（レスパイト入院）申込書」**と**「診療情報提供書」**をFAXお願いします。

ふりがな		男	生年月日
患者氏名		女	T S H　年　月　日（　）歳
住所	TEL　（　）		
主病名			
入院目的	レスパイト入院		
その他 情報 連絡事項	□ 寝たきり　□ 喀痰吸引　□ 気管切開　□ 在宅酸素 □ 人工呼吸器　□ 腎瘻　□ 人工肛門　□ ウロストミー □ 胃瘻　□ 腸瘻　□ 中心静脈栄養　□ 麻薬使用 □ 経鼻胃カテーテル　□ 褥瘡等創処置 □ その他（　）		

入院希望日	令和　年　月　日（　）
退院希望日	令和　年　月　日（　）

（切り取らずにFAXしてください）

②担当医に確認後、入院決定の可否をご連絡させていただきます。

入院可能の可否	1．入院可能　　2．入院不可
入院予定日	令和　年　月　日（　）

③入院が決定した場合は、**『入院時情報共有シート』**を作成し**入院3日前まで**にFAXお願いします。
※待ち時間短縮の為事前にカルテを準備しますので**保険情報等の提供をお願いします。**
（保険証等のコピーでも結構です）

保険者番号		被保険者名	本人・家族（　）
記号・番号		自己負担	3割　・　1割
資格取得		有効期限	
公費負担者番号			
公費受給者番号			

入院日には『総合案内』に 午前10時 にお越しください