

<レスパイト入院申込書>

FAX 番号 (小野田赤十字病院 地域医療連携室) 0836-88-0405

御事業所名： _____

ご担当者名： _____

電話番 号：

FAX 番 号:

申込日： 令和 年 月 日

ご利用者名・性別	様 性別：男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日生 歳
住所	
連絡先	氏名 続柄
	電話番号
レスパイト入院期間	令和 年 月 日から令和 月 日まで
来院方法及び時間	
かかりつけ医療機関	

かかりつけ医からの診療情報提供書・ADL表をお願いします。

* かかりつけ医がない場合はご相談ください。

◆レスパイト入院を利用する際は、2週間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。

◆原則平日入院・平日退院となります。

◆入院時必要物品

- ☐各種保険証またはマイナンバーカード
- ☐処方薬（利用日数分に追加して2日分ほど余裕をもって必ずご持参ください）
- ☐お薬手帳
- ☐胃ろうなどの注入品
- ☐日用品 ※当院ではアメニティがご契約によりご利用できます。
パジャマ・タオル・バスタオル・おむつ・洗面用具・ティッシュペーパーなど
詳細についてはお問い合わせください。

パジャマ・タオル・バスタオル・おむつ・洗面用具・ティッシュペーパーなど
詳細についてはお問い合わせください。