

【山科エリア共通】 レスパイト申込用紙

申込日 年 月 日

紹介元機関				TEL	
ご担当者				FAX	
フリガナ				大・昭・平	
患者氏名	性別	☐ 男性 ☐ 女性	生年月日	年 月 日(歳)	
住所				☐ 独居 ☐ 同居	TEL
キーパーソン	続柄	氏名			TEL
入院希望の理由					
病 名				かかりつけ医	
緊急性	☐ あり ☐ なし		個室希望	☐ あり ☐ なし	
入院希望期間	☐ あり 年 月 日～ 年 月 日 ☐ なし(ベッド空き次第)				
退院先	☐ 自宅 ☐ 施設:種別と施設名				
社会保障制度利用状況		☐ 手帳(☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神) 級 ☐ 難病手帳			
保険情報	☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 生保 ☐ その他()				
移 動	歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 杖 ☐ 歩行器具()			
	車いす	☐ 自走 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	☐ 寝たきり ☐ エアマット				
身体症状等	言語障害	☐ なし ☐ あり			
	問題行動	☐ なし ☐ あり(☐ 大声 ☐ 危険行動 ☐ 徘徊)			
	認知機能障害	☐ なし ☐ あり()			
特記事項					

※ご記入された個人情報は、診療以外の目的で使用することはございません

☒	対象医療機関	部署	FAX	TEL
☐	愛生会山科病院	医療連携センター	075-594-2352	075-594-2323
☐	加藤山科病院	地域連携室	075-594-8868	075-594-8866
☐	京都東山老年サナトリウム	地域連携室	075-761-0940	075-771-4453
☐	なぎ辻病院	医療連携課	075-591-1157	050-3131-7027
☐	洛和会音羽記念病院	地域連携課	075-593-8035	075-594-8010
☐	洛和会音羽リハビリテーション病院	地域連携課	075-581-6110	075-581-6868

↑ 申込をする病院にチェックをつけてください(1枚の申込用紙で複数の病院に申込が可能です)

※各事業所で使用している入院時情報提供書と一緒に本用紙をFAXください