

作成日: 年 月 日

当院診察券番号(あれば):			
ふりがな		電話番号	
患者氏名			
住所			
家族連絡先	氏名:	続柄:	電話番号:
かかりつけ医	病院名:	医師名:	
主病名			
既往歴			
入院希望期間	年	月	日 時 ~ 年 月 日 時
入院希望の理由			
終末期・急変時の対応	<input type="checkbox"/> ①自然な形で最期を迎えることを希望します。 <input type="checkbox"/> ②人工呼吸器や心臓マッサージなど積極的な治療を希望します。 <input type="checkbox"/> ③②までは希望しないが、一般病棟に移り、症状に合わせた標準的な治療を希望します。 ご家族署名() 続柄: ()		
備考欄			
ケアプラン 作成事業所名 電話番号 担当者名	*ケアプランも申込用紙と一緒に送付してください		
(留意事項) ・入院期間は1回のご利用につき14日以内となります。 ・入院時の持ち物については、当院HP内「地域包括ケア病棟」→「レスパイト入院時の持ち物」を参照ください。 ・内服薬や経管栄養剤はレスパイト期間分、過不足なく持参してください。 ・お部屋は個室(2000円、5000円、10000円/日)となります。 ・入院中、原則として当院他科受診、他院への受診はできません。 ・入院日までに発熱など体調の変化がありましたら、事前に入退院支援室までご連絡ください。			