

【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			性別 ☐ 男性 ☐ 女性	生年月日	大・昭・平	
患者氏名					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