

## 【山科エリア共通】レスパイト入院申込用紙

申込日 年 月 日

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

※ご記入された個人情報、診療以外の目的で使用することはありません

<input checked="" type="checkbox"/>	対象医療機関	部署	FAX	TEL
<input type="checkbox"/>	愛生会山科病院	医療連携センター	075-594-2352	075-594-2323
<input type="checkbox"/>	加藤山科病院	地域連携室	075-594-8868	075-594-8866
<input type="checkbox"/>	京都東山老年サナトリウム	地域連携室	075-761-0940	075-771-4453
<input type="checkbox"/>	なぎ辻病院	医療連携課	075-591-1157	050-3131-7027
<input type="checkbox"/>	洛和会音羽記念病院	地域連携課	075-593-8035	075-594-8010
<input type="checkbox"/>	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