

# <レスパイト入院申込書>

F A X 番号（直通）0142-23-2397

事業所名：.....  
御担当者名：.....  
電話番号：.....  
F A X 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
連 絡 先	電話番号
レスパイト入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
来院方法及び時間	
かかりつけ医療機関	

**初めての方は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。**

**再利用の方でADLに変化がある場合は、再度ADL表の添付をお願いします。**

\*ADL表は普段ご使用の物又はホームページからダウンロードしてご使用ください。

\*かかりつけ医がない場合は、下記に遠慮なくご相談ください。

◆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 F A Xをお願い致します。

◆平日入院・平日退院となります。

◆入院時必要物品

保険証 処方薬（利用日数分+2日分位 必ずご持参ください） お薬手帳

胃ろうなどは注入品

日用品 ※当院ではアメニティがご利用できます。

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

詳細は別紙アメニティーについてをご覧ください。

〒052-8511 伊達市末永町 81 番地

総合病院伊達赤十字病院

地域医療連携室

電話番号：0142-23-2733

F A X 番号：0142-23-2397