

# レスパイト入院 予約申込書 (FAX 専用)

FAX 送信先 0278-52-2238 (直通)

医療法人社団ほたか会 群馬パーパス病院 地域連携室 宛て

令和 年 月 日

紹介元医療機関	病名・希望
機関名称： 所在地：  医師名： 電話番号： FAX 番号：	病名：  発病年月日： 年 月 日 入院希望日： 年 月 日 ( ) 希望日数： ( ) 日間 ※最長14日間

## 《入院される方》

ふりがな  氏 名	男 ・ 女	生年月日  T . S 年 月 日 ( 歳)
現住所 〒	連絡先 TEL	
保険証 (コピーをFAX してください) <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 特疾患 <input type="checkbox"/> 特疾病 <input type="checkbox"/> 生保	保険者番号： 記号・番号： 公費負担番号：	
<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	負担割合 割	受給者番号：
現 在 の 状 態		
・人工呼吸器 (□有・□無) 機種名： ・気管切開 (□有・□無) ・酸 素 (□有・□無) 量： ℓ ・食 事 (□自立・□一部介助・□全介助) ・排 泄 (□トイレ・□ポータブル・□オムツ・□カテーテル) ・移 動 (□自立・□杖・□車椅子・□ベッド上) ・精神状態 (□不穏状態あり・□認知症有り・□認知症無し)		処方内容： (お薬手帳や診療情報提供書の FAX を頂いても構いません)
備考		