**＜レスパイト入院申込書＞**

〒985-0054

宮城県塩竈市香津町7番1号

塩竈市立病院

地域医療福祉部 地域医療連携室

電話番号（ＦＡＸ兼用）

022-361-7217

**初めての方はかかりつけ医からの診療情報提供書・ＡＤＬ評価表をお願いします。**

**再利用の方でＡＤＬの変化がある場合は、再度ＡＤＬ評価表の作成お願いします。**

◆レスパイト入院を利用する際は、**原則1ヶ月前**までに**地域医療連携室に連絡のうえＦＡＸ**をお願い致します。

◆平日入院・平日退院となります。

◆送迎時間がご希望に沿えない場合は、直接送迎業者から連絡致します。

◆入院時必要物品

　□保険証　□処方薬（利用日数分必ずご持参ください）　□胃ろう注入品

□パジャマ　□おむつ　□日用品

**※当院アメニティがご利用できます。**

|  |  |
| --- | --- |
| **ご利用者名** | **様** |
| **生年月日** | Ｔ ・ Ｓ ・ Ｈ　 　年　 　月　 　日 |
| **性　別** | 男 　・　 女 |
| **住　所** |  |
| **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 |
| **送迎方法** | 車椅子　・　寝台　・　その他（　　　　　　） |
| **送迎希望** | **入院時** | 有　（　　　時　　　分）　・　無 |
| **退院時** | 有　（　　　時　　　分）　・　無 |

事業所名：

御担当者名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

申込日：　令和　　年　　　月　　　日

ＦＡＸ番号（直通）０２２－３６１－７２１７