

## 中野江古田病院 レスパイト入院 依頼書

### 【手順】

- ①中野江古田病院 医療連携室へ電話にてご相談ください。 ☎ 03-3387-2179(直)
- ②この書式を医療連携室へFAXしてください。メールも可 FAX 03-3387-7326
- ③検討後、お受け入れの可否についてご連絡いたします。(一週間程お時間を頂きます。)

|               |           |          |          |
|---------------|-----------|----------|----------|
| ご依頼者様 (事業所名)  | ご担当者名     | 連絡先 ☎    | FAX      |
| 患者様氏名         | 生年月日 (年齢) | キーパーソン氏名 | キーパーソン ☎ |
|               | ( )       | 関係 ( )   |          |
| キーパーソン住所<br>〒 |           |          | 患者様医療保険  |

【主治医】  中野江古田病院  中野江古田病院以外 (下記記載) \* 診療情報提供書が必

【医療機関名】

【主治医名】

### 【かかりつけ医】

|  |      |      |
|--|------|------|
| 【日程ご希望】 <input type="checkbox"/> ご希望あり | 入院日  | 退院日  |
| <input type="checkbox"/> ご希望なし         | ご意向⇒ | 日くらい |

【患者様情報】 内服・外用薬等

【ご家族様情報】

【ご依頼者様コメント】

【お願い】 \* 主治医の診療情報提供書の依頼について、ご不明時にご相談ください。

\* 原則、ご自宅 (在宅系施設) への退院とします。ご自宅に退院できそうもない場合に  
入院のご相談の時点で必ずお申し出ください。

中野江古田病院 患者サポート委員会

20240311