

レスパイトケア 予約申込書 (FAX専用)

FAX送信先 06-6914-1136 (直通)

コープおおさか病院 地域医療連携室 宛て

平成 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 () ※ 必ずしもご希望日に入院ができるとは限りません。

《受診される方》

フリガナ		男	生年月日	T・S・H	年 月 日
氏名		女	連絡先電話番号		
現住所	〒				

保険証 (コピーをFAXして頂いても構いません)

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費負担者番号		受給者番号		
		負担割合	1割 ・ 2割 ・ その他(割)	

以下の項目にチェックをお願いします。

【現在の状態】 ※ 看護サマリー等に現在の状態について記載がございましたら、下記項目はご記入なくても結構です。

人工呼吸器 (有 ・ 無) 機種名 ()
気管切開 (有 ・ 無)
酸素 (有 ・ 無)
食事 (経口摂取 胃管チューブ 胃瘻)
排泄 (トイレ ポータブルトイレ オムツ カテーテル)
移動 (歩行 車いす ベッド上)
薬の内容 (「お薬手帳」のコピーや「診療情報提供書」をFAXしていただいても構いません)

◆ 肺炎球菌ワクチンの接種 接種された年月日(年 月 日)
◆ インフルエンザワクチンの接種 接種された年月日(年 月 日)

○ 服薬中のお薬をご持参ください
原則として、当院入院中に、他医療機関での診療や投薬を受けることはできませんので、服薬中のお薬は、予想される入院期間に応じて、入院される前に、かかりつけの医療機関から処方してもらい、必ずご持参ください。

○ 入院中の他医療機関の受診はできません
原則として、当院入院中に、他医療機関での診療や投薬を受けることはできません。(家族の方が薬をもらいに行く場合も同様です。) 但し、主治医が当院ではできない専門的な診療が必要と判断した場合は、他医療機関へ紹介させていただく場合もあります。他医療機関への受診を希望される場合は、必ず主治医にご相談ください。

※ レスパイト入院をご希望されるごとに、「診療情報提供書」、「看護サマリー」等のご提出をお願いいたします。