FAX　**03-3402-3085 (山王病院　医療連携室)**

**山王病院ショートステイ(レスパイト)入院申込書**記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **（ふりがな）** | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **患者氏名** | 　 |
| **山王病院 ＩＤ** | 　 |
| **生年月日** | 　　Ｍ ・ Ｔ ・ Ｓ ・ Ｈ　　　　　年　　　　月　　　　日　　　（満　　　　　歳）　　男　・　女 |
| **住所** | 〒　　　　　-　　　　　　　 |
| **電話番号** | 　 |
| **紹介元医療機関名** | 　 |
| **（診療科）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**(医師名)** |
| **（住所）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**(TEL)** |
|  |  |
| **診断名** | 　 |
| **紹介理由など** | 　 |
|  | 　 |
|  |  |
| **入院希望期間** | 　　令和　　　年　　　月　　　日　　～　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **病室希望タイプ** | 希望①（　　　）・希望②（　　　）・希望③（　　　）※Ａ～Dタイプから希望をご記入ください。 |
|  |  |
| **在宅医療について** | 　 |
| **（在宅酸素）** | 　　無　　・　　有　　　（酸素　　　　　Ｌ） |
| **（ＮＰＰＶ）** | 　　無　　・　　有　　　 |
| **（ＡＤＬ）** | 　　フリー　　・　　　トイレ歩行程度可能　　　・　　　ベッド上 |
| **（食事）** | 　　介助不要　　・　　要介助　　・　　食事摂取困難　　・　　胃ろう　　・　　ＩＶＨ |
| **（排泄）** | 　　自立　　・　　ポータブル　　・　　オムツ　　・　　バルーン |
| **（その他）** | 　　気管カニューレ |

　**＊病院記入欄　下記は記入不要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受付日** | **事前相談日** | **相談担当医名** | **事前相談結果** | **主治医名** | **病棟･部屋ﾀｲﾌﾟ** | **入院日** | **退院日** |
|  / | 　　/ | **可・否** |  |  |  / |  / |
| **担当者** | **退院時の搬送手段確認****家族送迎・その他( )** | **結果連絡日**/**担当者** | **備考** |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2022.8.16. 改訂

　医療法人財団順和会山王病院　医療連携室　TEL03-3402-3081