

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・部屋タイプ	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