在宅支援入院　予約申込票

FAX送信先　０４２－６４４－３７８４

一般財団法人　仁和会総合病院　患者支援センター　宛

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元 | 病名・入院希望日など |
| 機関名称：所在地：医師名：電話番号：FAX番号： | 病名：入院希望日：　　　年　　　　月　　　　日退院予定日：　　　年　　　　月　　　　日入院面談希望日：　　　　　　月　　　　日 |

≪利用される方≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | T・S・H　　　年　　月　　日（　　才） |
| 氏名 | （男・女） | 電話番号 |  |
| 現住所 | 〒 |  |  |
| 家族氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　 | 利用される方との続柄（　　　　　　） |
| 連絡先① |  |  |  |
| 連絡先② |  |  |  |
| 介護認定 | □要介護（１・２・３・４・５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | □その他 | 　　　　 |
| 事業所 | かかりつけ医（居宅介護支援事業所　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問看護ステーション（ |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　）　）　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用目的 |  |  |  |

　注）ベットの空き状況によりお部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。