

レスパイトケア 予約申込書 (FAX専用)

FAX送信先 0465-22-8821

独立行政法人国立病院機構 箱根病院 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：	病名：
医師名：	発病年月日 年 月 日
電話番号：	入院希望日
FAX番号：	年 月 日 ()

<< 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	〒				
当院ID	有・無 (ID番号が分かる場合、記入をお願いします。IDNo.)				
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

人工呼吸器(有・無) 機種名：
気管切開(有・無)
酸素(有・無)
食事(自力摂取 胃管チューブ 胃瘻)
排泄(自力歩行でトイレ ポータブルトイレ オムツ カテーテル)
移動(自力 杖 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して頂いても構いません)