

レスパイト入院申込書

①渥美病院 地域連携室 にお電話でご相談ください。

連絡先：0531-22-2131(代) (内線2800)

②本申込書を分かる範囲でご記入いただき、FAXでお送りいただくか、直接ご提出ください。

③必要に応じてかかりつけ医やケアマネジャー等に問い合わせをしますので、
下記 同意欄 にチェック✓をお願いします。

ご相談日 年 月 日 地域連携室電話対応者 ()

■申し込み者

お名前	ご関係	連絡先(電話番号)

下記患者様のレスパイト入院に当たって渥美病院と関係機関との情報共有について患者・家族の同意を得ています。

■患者様の基本情報

ふりがな	生年月日	性別
氏名	年 月 日	

■患者様の介護状況

普段のご様子	
お困り事・注意点	

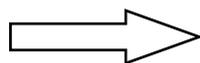
■支援者情報

かかりつけ医療機関		医師名	先生
ケアマネ事業所名 高齢者支援センター名		担当者	

■ご希望・留意事項

希望期間	年 月 日 () ~ 月 日 ()
個室希望	あり ・ なし
要望等	*その他、ご希望やお困り事がありましたらご記入ください。

FAX送信先



渥美病院 地域連携室
0531-24-0221 (直通)

*FAX送付状は不要です、本申込書のみお送りください。