

<FAX送信用>

平成 年 月 日

地域包括ケア病棟入院申込書

雄勝中央病院 医療連携室 宛 FAX 0183-73-7005

在宅主治医

医療機関名

医師名

在宅主治医
入院申し込みに対する許可

有

無

申込書記入者

事業所
TEL
FAX

職種
氏名

<患者情報>

ふりがな		男	生年月日
患者氏名		女	T S H 年 月 日
住所	TEL ()		
入院希望日時	平成 年 月 日 ()		
主疾病			
入院目的	レスパイト入院		
その他情報・連絡事項 (患者状況、必要なケア等にチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ウロストミー <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 麻薬使用 <input type="checkbox"/> 褥瘡等創処置 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ 医療・ケアの継続のために 下記を添付FAXしてください

- ① 主治医からの診療情報提供書
- ② ケアマネージャーまたは訪問看護師からの入院時情報共有シート

(すぐに準備できない場合は一報入れていただき、入院3日前までFAXお願いします)

JA秋田厚生連 雄勝中央病院 医療連携室
〒012-0055 秋田県湯沢市山田勇ヶ岡25
TEL 0183-73-5000(代表)内線6390
医療連携室専用FAX 0183-73-7005
(8:30~17:00)