

レスパイト入院連絡票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名				
患者住所・連絡先	〒		TEL ()	
健康保険	有 ・ 無 ・ 生保			
管理料	「在宅時医学総合管理料」を当月または前月に 算定している ・ 算定していない			
紹介元医療機関	医療機関名・科: 住所 〒 TEL () FAX () 依頼医師名:			
診断名				
紹介理由				
酸素使用	無 ・ 有 (酸素 L)			
N P P V	無 ・ 有			
認知症状	無 ・ 有 (程度)			
A D L	フリー ・ トイレ歩行程度可能 ・ 車いす ・ ベッド上			
食事	介助不要 ・ 介助要 ・ 食事摂取困難 ・ 胃瘻 ・ IVH			
排泄	自立 ・ ポータブル ・ オムツ ・ バルーン			
感染症	MRSA: 無 ・ 有 (検査日: 年 月 日) 緑膿菌: 無 ・ 有 (検査日: 年 月 日)			
入院希望日	令和 年 月 日 ()			
退院希望日	令和 年 月 日 ()			

※本レスパイト入院連絡票とともに、診療情報提供書(様式任意)をFAXにてお送り下さい。
 ※ご不明な点などございましたら、下記へお問い合わせください。

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 地域医療連携室

TEL 04-2948-1138(直通)

FAX 04-2948-2118(直通)

〒359-1151 埼玉県所沢市若狭2-1671