

FAX 06-6341-0786

レスパイト入院依頼票

桜橋渡辺リハビリテーション病院  
地域連携・入退院支援室 行

依頼者名

TEL:

FAX:

日中連絡がつきやすい時間

～

時頃

患者情報

ふりがな 患者氏名		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平 年 月 日( 歳)
住 所			電話番号	
入院希望の 理 由				
入院希望期間	入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日			
部 屋 の 希 望	<input type="checkbox"/> シャワートイレ付(¥22,000円/日) <input type="checkbox"/> なし(¥11,000円/日)			
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> かかりつけ医の診療情報提供書 (※可能であれば <input type="checkbox"/> 訪問看護サマリー <input type="checkbox"/> 患者情報シート) <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 各種保険証			
そ の 他				

※添付資料も一緒にFAXしてください。

桜橋渡辺リハビリテーション病院