

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