

# 地域包括ケア病棟 レスパイト入院 予約申込書

(医)創造会 平和台病院 患者支援センター

TEL:04-7189-1267(入退院支援課)

FAX:04-7189-1151(直通)

令和      年      月      日

フリガナ		男		大正・昭和・平成
患者氏名		女	生年月日	年      月      日(      歳)
住所	〒			
入院前連絡先	連絡先①	(続柄)	TEL(	-      -      )
	連絡先②	(続柄)	TEL(	-      -      )
入院希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> ご家族の都合 <input type="checkbox"/> その他(      )			
入院希望の期間	令和      年      月      日 から 令和      年      月      日			
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名:      )			
リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 希望しない (理由      )			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室(1日8,250円~8,800円 税込み)		<input type="checkbox"/> 大部屋	
交通手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他(      )			
申込者	(続柄      )			

注) ベットの空き状況により、お部屋や期間などご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。