

＜緩和ケア病棟 レスパイト入院申込書＞

FAX番号 0572-55-7776

病院名:

御担当者名:

電話番号:

FAX番号:

申込日: 令和 年 月 日

ご利用者名	様
生年月日	T S H 年 月 日
性別	男 ・ 女
住所	
電話番号	(本人)
	(家族)
レスパイト入院希望日	R 年 月 日 ~ R 年 月 日
当院への診療情報提供の有無	無 : 診療情報提供書を願ひいたします 有 : 前回情報提供より状態変化 なし ・ あり → 情報提供を願ひいたします

初めての方や病状に変化があった場合などは、診療情報提供書を願ひいたします。

患者様よりレスパイト入院の利用希望がありましたら、原則2週間前までに入退院支援センターに連絡のうえ、FAXを願ひいたします。

JA岐阜厚生連
公立東濃中部医療センター
入退院支援センター
TEL 0572-55-2111
FAX 0572-55-7776