

(FAX送信用)



【FAX:0738-24-2007】

## レスパイト入院予約申込書

平成 年 月 日

紹介元機関名

TEL

FAX

医師・担当ケアマネジャー

フリガナ 患者様氏名		男・女	生年月日 年齢	T・S・H 年 月 日	才
			電話番号	( )	—
患者様住所	(〒 — )				
主病名					
入院希望の理由					
かかりつけ医療機関名・担当医師名	居宅介護支援事業所名・担当ケアマネジャー				

## 緊急連絡先①

## 緊急連絡先②

ふりがな 氏名	続柄( )	ふりがな 氏名	続柄( )
電話	( ) —	電話	( ) —

入院希望日	平成 年 月 日	退院希望日	平成 年 月 日
-------	----------	-------	----------

※入院期間は、原則14日以内となります。

入院希望の部屋	大部屋	特別室	個室
	2人部屋(6階617号)	2人部屋(6階606・607号)	どれでも可

病室差額料(6階病棟)		
	構成市町の方	他の市町村の方
特別室	12,960円/日	16,200円/日
個室	5,400円/日	7,560円/日
2人部屋(6階617号)	2,700円/日	4,860円/日
2人部屋(6階606・607号)	3,240円/日	5,400円/日

※構成市町(御坊市・美浜町・日高町・日高川町・由良町・印南町)

送付先:国保日高総合病院 地域医療連携室

TEL:0738-24-1786(直通) FAX:0738-24-2007(直通)