

在宅サポート入院（レスパイト入院） ご利用申し込み票（2回目以降の方）

お電話でのご連絡、又は**以下の赤太枠内**の項目をご記入いただきFAXにてご提出ください。

<input type="checkbox"/> 障がい者・難病リハビリ病棟 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟 <input type="checkbox"/> 医療療養病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟			
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申し込み日 年 月 日
申請者氏名	様	連絡先 (電話)	
※事業所の方は事業所名も記載ください。			
希望日程	利用希望月	月利用分	
	利用希望日数	日間位	
	具体的な利用希望日程がありましたらご記入ください。		
	第1希望		第2希望
	<input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> 必ず含めたい指定日 () <input type="checkbox"/> 月内であれば日付は問わない		<input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> 必ず含めたい指定日 () <input type="checkbox"/> 月内であれば日付は問わない
希望理由	<input type="checkbox"/> 介護休暇 <input type="checkbox"/> その他 ()		
キャンセル待ち希望	<input type="checkbox"/> 希望あり		
その他 (自由記載欄)			

**優先利用申し込み日は
利用希望月の2ヶ月前の1日 9時～17時です。**

例) 10月の利用申し込み日は8月1日です。
 ※1日が土日祝日の場合には、翌平日となります。

日程調整の結果は、申込月の中旬を目途にご連絡いたします。

※鶴巻温泉病院記入欄（以下は記入しないでください）

	受付	結果の連絡	入院決定日	入院日程	カレンダー入力
対応日				~	
対応者				()日間	