

レスパイト入院申込書

秋田厚生医療センター 地域連携センター 宛 FAX：018-857-2324

【在宅主治医】

医療機関名	
医師名	

【申込書記入者】※いずれかにチェック (☑) の上、記入してください。

<input type="checkbox"/> ご家族	<input type="checkbox"/> 事業所 事業所名：
TEL	
FAX	
<input type="checkbox"/> 続柄：	<input type="checkbox"/> 職種：
申込書記入者氏名	

【患者情報】

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	M T S H 年 月 日
住所	〒		
電話番号	自宅：	携帯電話：	
入院希望日	令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )		
個室希望	あり (1泊4,000円税抜) ・ (1泊5,000円税抜) (例) 1泊2日入院は2日分で計算されます。 なし		

※4,000円と5,000円の個室の相違点は、5,000円の個室に浴室 (ユニットバス) がついております。

※申込みにあたっては、患者様又はご家族の同意が必要となりますので、下記の同意記載欄に記載をお願いします。

同意記載欄記入日：令和 年 月 日

同意記載欄 (自署)

続柄：

医療・ケアの継続のため、下記をすべて添付・チェック (☑) した上で、FAXしてください。

- 在宅主治医からの診療情報提供書 (主診療科名を必ず記載してください)
- 必要事項を記載した入院時情報共有シート  
(医療処置の状況などに関して重大な記載漏れがあった場合には、当日に入院をお断りする場合がありますので、ご注意ください)
- 健康保険証、医療福祉受給者証、限度額適用認定証などのコピー

JA秋田厚生連 秋田厚生医療センター 地域連携センター  
〒011-0948 秋田市飯島西袋一丁目1番1号  
直通TEL：018-880-3050 (8：30~17：00)  
直通FAX：018-857-2324 (8：30~17：00)