

井原市立井原市民病院
療養型病棟「短期入所（入院）」申込書

患者	氏名（ふりがな）	
	生年月日	
	住所	
	電話番号	
ご家族	氏名（ふりがな）	
	住所（上記と別の場合記入）	
	連絡先	
保険	医療保険	国保・社保・後期高齢・その他（ ）
	身体障害者手帳	あり（ ）級 ・ なし ・ 申請中
	介護保険	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
特記事項	★該当するものすべてに✓チェックをつけてください <input type="checkbox"/> 特定疾患の診断あり <input type="checkbox"/> 在宅酸素をしている <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している <input type="checkbox"/> 気管切開をしている <input type="checkbox"/> 痰の吸引が度々必要である <input type="checkbox"/> 褥瘡（床ずれ）などの手当てが毎日必要 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（点滴）を行っている <input type="checkbox"/> 痛みを除くために医療用麻薬を使用してる <input type="checkbox"/> 感染症がある（MRSA等）	
ケアマネ	担当者	
	事業所名	
	電話番号	
ご家族へ面談調整についての連絡を療養型病棟よりいたします。（祝祭日除く） その際、連絡してよい時間帯を教えてください。		
時間帯	・午前中 ・午後 ・いつでもよい	
希望日時	月 日 時ごろ	

※必要事項をご記入の上、地域医療連携室にFAXまたは直接ご持参ください

FAX:(0866)63-2840

お問い合わせ先 5階療養病棟 木口 杉原
 TEL：(0866) 62-1133 代