

(FAX送信用)



【FAX:0738-24-2007】

レスパイト入院予約申込書

令和 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 ()	—

入院希望日時	令和 年 月 日 時	退院希望日時	令和 年 月 日 時
--------	------------	--------	------------

※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	個室A	個室B
	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
個室A	10,000円/日(税別)	11,000円/日(税別)
個室B	5,000円/日(税別)	6,000円/日(税別)
2人部屋(6階617号)	2,500円/日(税別)	3,500円/日(税別)
2人部屋(6階606・607号)	3,000円/日(税別)	4,000円/日(税別)

※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:ひだか病院 患者支援センター

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