

(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・R	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	令和 年 月 日	退院希望日	令和 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	13,200 円/日	16,500 円/日
個室	5,500 円/日	7,700円/日
2人部屋(6階617号)	2,750 円/日	4,950円/日
2人部屋(6階606・607号)	3,300 円/日	5,500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：ひだか病院 地域医療連携室

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