＜FAX送信用＞　　令和　　年　　月　　日

地域包括ケア病棟入院申込書

雄勝中央病院　医療連携室　宛　FAX 0183-73-7005

在宅主治医	医療機関名	医師名
在宅主治医 入院申し込みに対する許可	有　　無	
申込書記入者	事業所 TEL FAX	職種 氏名

〈患者情報〉

ふりがな		男	生年月日
患者氏名		女	M T S H　　年　　月　　日
住所	TEL　　（　　）		
入院希望日時	令和　　年　　月　　日（　　）～　　年　　月　　日（　　）		
主疾病			
入院目的	レスパイト入院		
その他情報・連絡事項 （患者状況、必要なケア等にチェックを入れてください）	□ 寝たきり　□ 喀痰吸引　□ 気管切開 □ 在宅酸素　□ 人工呼吸器 □ 腎瘻　□ 人工肛門　□ ウロストミー □ 胃瘻　□ 腸瘻　□ 経鼻胃カテーテル □ 中心静脈栄養　□ 麻薬使用　□ 褥瘡等創処置 □ その他（　　）		

※　医療・ケアの継続のために　下記を添付FAXしてください

① 主治医からの診療情報提供書

② ケアマネージャーまたは訪問看護師からの入院時情報共有シート

（すぐに準備できない場合は一報入れていただき、入院3日前までFAXお願いします）

JA秋田厚生連　雄勝中央病院　医療連携室
〒012-0055　秋田県湯沢市山田勇ヶ岡25
TEL 0183－73－5000（代表）内線6390
医療連携室専用FAX　0183－73－7005
（8:30～17:00）