

FAX送付先 042-491-2125 (東京病院 地域医療連携室)

レスパイト入院連絡票

記入日

年 月 日

(フリガナ) 患者さま氏名	性別 男 ・ 女 東京病院 I D _____
生年月日 M・T・S・H	年 月 日 年令 才
患者さま住所	
患者さまTEL ( )	健康保険 有 ・ 無 ・ 生保
紹介元医療機関名・科 住所 TEL ( ) FAX ( ) 依頼医師名	

診断名 _____
紹介理由

酸素使用	無 ・ 有 (酸素 L)
NPPV	無 ・ 有
認知症状	無 ・ 有 (程度 )
ADL	フリー、トイレ歩行程度可能、ベッド上
食事	介助不要、介助要、食事摂取困難、胃瘻、IVH
排泄	自立、ポータブル、オムツ、バルーン
感染症	MRSA 有 ・ 無 緑膿菌 有 ・ 無

入院希望日	令和 年 月 日 ( )
退院希望日	令和 年 月 日 ( )

独立行政法人国立病院機構 東京病院 地域医療連携室

TEL 042-491-2934 FAX 042-491-2125

※診療内容等については当院ホームページを御覧下さい。

<http://www.hosp.go.jp/~tokyo/>