**在宅サポート入院申込書**

竹田医師会病院　地域医療連携部

**連携部FAX番号：0974-62-2303**

**連携部携帯電話番号：080-8561-1496**

**事業所名：**

**ご担当者名：**

**電話番号：**

**FAX番号：**

**申込日：**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用者名 | 様 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 性　　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 希望入院期間 | 令和　　　年　　　月　　　日  令和　　　年　　　月　　　日 |

**初めての方は、かかりつけ医からの診療情報提供書をお願いします。**

* 在宅サポート入院を利用する際は、原則３日前までに地域医療連携部にFAXをお願いいたします。急な相談にも可能な限り対応いたします。
* 入院する日は、原則月曜日から金曜日まで（祝祭日除く）です。
* 入院時必要物品

□健康保険証 □介護保険証 □処方薬（利用日数分を必ずご持参ください）