

## 短期入所利用申込書

		申 込 日	平 成 年 月 日		
ふりがな			昭・平	年 月 日 ( 歳)	
名前					
現住所	電話番号( )				
連絡先	平日昼間 連絡可能 電話番号	電話番号	続柄( )	家族への 伝言	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	夜間休日 連絡可能 電話番号	電話番号	続柄( )	主治医	
		携帯など		病院 先生	
利用希望 日時	平成 年 月 日 ( 時 分) ~ 平成 年 月 日 ( 時 分)				
利 用 理 由	※ 必ずご記入下さい。				
短期入所を利用したことがありますか。	<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 利用したことがある				

◎申込書の個人情報情報は短期入所利用支援の目的以外では使用いたしません。

### 【短期入所のご利用について】

- ・短期入所利用の申込みは地域医療連携室で行います。  
入所申込みは2週間前までにお願いします。緊急時の利用希望の場合はご相談下さい。
- ・入所日時は原則平日の午前中、退所時間は17時までとさせていただきます。
- ・日用品や車いすなど自宅で使用されている医療ケアの器具、内服薬は持参して下さい。  
また、経管栄養の方は飲用している栄養食をご持参下さい。
- ・ご利用者が発熱や感染症の場合、その他病棟の状況によっては希望日及び希望病棟の利用が困難な場合があります。
- ・障害福祉サービス受給者証の支給量を超えての利用は全額個人負担となりますので、事前に居住地の市町村窓口にて支給量の変更手続きをお願いいたします。

その他ご不明な点は下記までお問い合わせ下さい。

四国こどもとおとなの医療センター 地域医療連携室  
相談受付時間  
月曜～金曜 8:30～17:15(年末年始休日、祝日は除く)  
TEL 0877-85-7788  
FAX 0877-85-9005

