

短期入所利用登録書 ①

____ 受付日:西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

フリガナ			
利用者名	様 男 女		
生年月日	西暦 年 月 日生	年齢	歳 ケ月
住所			
保護者名	様	メール	@
連絡先電話 (優先順に記入)	①	- -	自宅・父・母
	②	- -	自宅・父・母
	③	- -	自宅・父・母
疾患分類	新生児仮死・未熟児・先天性疾患・事故・後天性疾患・その他		
病名	①		
	②		
	③		
病状	気管切開・人工呼吸器・酸素吸入・胃瘻・経管栄養・導尿		
主たる病院	主治医		
訪問看護St	担 当		
在宅移行時期	西暦 年 月 日 (歳 ケ月)		
緊急時の処置	①		
	②		
内服薬			
食事			
要望事項			

矢嶋小児科小児循環器クリニック

ファックスまたはメール添付で送ってください。

fax 058-240-5130 メール yyy@ip.mirai.ne.jp

※利用登録は、利用前日までにお願ひしす。

※利用される前日までに体調を崩された場合は早めにご連絡くだい。

※当日においても 医師の診断によっては、利用できないことがあります。