

主治医	看護師長
	※

← ※ 外来患者の申請の場合は押印不要

< 太枠内の記入をお願いします。 >

## ファミリーハウス利用承認申請書

令和 年 月 日

施設管理者様

標記施設を利用したいので、承認願います。

氏名 \_\_\_\_\_ 患者との続柄 (父・母・その他( ))

住所 〒 - \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_ (父・母・その他( ))

フリガナ		入院の方 外来の方	入院 病棟名			入院開始日
患者氏名			外来 診療科名			年 月 日
生年月日	年 月 日					外来診察日
ID番号						年 月 日
宿泊利用内容 (最大7日間)  患者さんも宿泊する 場合は 記入してください	宿泊期間の書き方 (例)4月1日にIN、2日にOUT→4月1日～4月1日(1泊)    4月1日にIN、8日にOUT→4月1日～4月7日(7泊)					
	宿泊者の氏名	年齢	患者との続柄	宿泊期間		宿泊数
				月 日 ~ 月 日	泊	
				月 日 ~ 月 日	泊	
				月 日 ~ 月 日	泊	
				月 日 ~ 月 日	泊	
申請の理由	①付添 ②団らん ③遠方 ④手術待ち機 ⑤在宅に向けての指導 ⑥その他( )					
備考						

▼ 以下、センター記入欄 ▼

上記の申請について下記のとおり、承認してよろしいか。

令和 年 月 日

施設管理者 (代 事務局 総括マネージャー)		担 当		宿泊室名		宿泊 延べ人数	人
承認	承認の内容 (条件)	1. 申請どおり利用を認める。 2. その他条件 ( )					
不承認	不承認の理由						
ファミリー ハウス 記入欄	請求日	年 月 日	宿泊料	1,500円 × 泊 × 名 = ¥			
	請求書No.	No. -		1,500円 × 泊 × 名 = ¥			
			計	¥			