

地域包括ケア病床入院申込書

(送付状不要) FAX042-797-1679

申込日 年 月 日

多摩丘陵病院 地域連携室 宛

住所： 〒194-0202
町田市下小山田町1401
TEL： 042-797-1516 (直通)
FAX： 042-797-1679 (直通)

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：
TEL：
FAX：
担当者：

※診療情報提供書・検査データ（感染症含む）・ADL表+本状添付しお申し込みください

フリガナ 患者氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所	電話番号			
入院目的 <input type="checkbox"/> 退院調整 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> その他()				
《 家族構成 》 同一世帯は○で囲む キーパーソンに★を付けてください		入院前生活 <input type="checkbox"/> 自宅 (独居 / 同居) <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
		転帰先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 ()		
		住宅情報 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション・団地 階 (EV <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
本人・家族の意向：				
保険情報等 ・医療保険： <input type="checkbox"/> 高齢・後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 他 () → 限度額認定証 () 減額認定証 () ・公費負担： <input type="checkbox"/> 生活保護 () <input type="checkbox"/> 特定疾病 (<input type="checkbox"/> 障がい者手帳 (級)) ・介護保険： <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 (調査 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未) <input type="checkbox"/> 認定あり 介護度：要支援 (1 / 2) 要介護 (1 / 2 / 3 / 4 / 5) ・その他：				
経済面：				
ケアマネージャー： 事業所名 () 担当者 () 電話番号 ()				
利用サービス： <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> 訪問診療 ()				
特記事項：				

※ご記入いただいた個人情報、当院の診療以外の目的で使用することはありません