

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は、当院の診療以外の目的で使用することはありません