

菅又病院 短期入院 相談シート

- ・一般病棟への短期入院のご相談がありましたら、よろしくお願いたします。
- ・お気軽に地域連携室の担当までお電話ください。

ご紹介元	
医療機関 施設・事業所名	
ご担当者様	様
TEL	
FAX	

菅又病院
地域連携室

担当：看護師 阿久津 理学療法士 田村

TEL 028-676-0311

FAX 028-676-2399

ptstaffroom@yahoo.co.jp

◆相談内容の概要（分かる範囲でご記入ください。）

（個人情報保護のため、お名前や住所はイニシャルや一部のみの記載でかまいません。）

相談内容	<input type="checkbox"/> 空き状況について <input type="checkbox"/> 料金について <input type="checkbox"/> その他
患者様氏名	(男・女) 年齢： 歳
現住所	(自宅・施設) 施設名：
連絡先	ご本人： ご家族：
希望入院日	相談日当日・相談日翌日・相談日の翌々日以降 ※入院は平日のみ
入院目的	<input type="checkbox"/> リハビリ希望 <input type="checkbox"/> 現在の状態 <input type="checkbox"/> その他
既往歴	わかる範囲でご記入ください
要介護度	なし・要支援(1・2)・要介護度(1・2・3・4・5)
医療費負担割合	割負担・不明
食形態	常食・軟飯・その他()
送迎	家族送迎・その他()
備考・かかりつけ・ADL等	

◆入院の連絡が必要な連携先（かかりつけ医・居宅事業所・施設など）

入院手続き等でご連絡させていただきますので、よろしくお願いたします。

連絡先1	様 TEL：
	ご連絡希望の時間帯： <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他(時～時)
連絡先2	様 TEL：
	ご連絡希望の時間帯： <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他(時～時)

ご相談ありがとうございます。