

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) 生年月日 年 月 日 (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。