

地域包括ケア病棟 入院申込書

※情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリーを添付してお送りください。

記載日:西暦 年 月 日

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	西暦 年 月 日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女		年齢 歳
患者住所	(〒 -)			
電話番号		携帯番号		
キーパーソン連絡先	氏名	続柄	家族構成 <家系図>※本人と同居の方は丸く囲ってください	
	住所			
介護保険	□要支援[] □要介護[] 担当CM[]			
	□未申請 □申請中[] □非該当 □区分変更中			
患者情報	病名			
	入院目的	<input type="checkbox"/> ADL向上 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()		
	入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	現在の食事形態			
	リハビリ	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 心大血管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> がん		
経過及び病状				
特記事項 (家族・介護状況等)				
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 [施設名:] <input type="checkbox"/> 病院 [病院名:] <input type="checkbox"/> 決まっていない			
入院利用目的 及び希望	本人:	家族:		
	例)トイレに行けるようになりたい、退院に向けた準備をしたい			例)介護で疲れているため休みたい等
病室の希望	<input type="checkbox"/> A個室 13,860(9,900)円/日〔税込〕 <input type="checkbox"/> B個室 11,550(8,250)円/日〔税込〕 <input type="checkbox"/> 総室(4人部屋)無償 <input type="checkbox"/> どちらでもよい ※()内は柏原市、八尾市に住民票のある方 空床待ちの場合 → <input type="checkbox"/> 早期入院できるならどの病室でもよい <input type="checkbox"/> 希望部屋が空くまで待機			
送信者 (紹介元)	医療機関名	担当者氏名		
	住所(〒 -)			
	電話番号	FAX		

※退院先が決定していなければ、入院をお断りさせていただくことがあります。

市立柏原病院 記載欄	入院日時	月 日()	:	主治医[]
---------------	------	--------	---	--------