

入院相談受付票

年 月 日

札幌第一病院

ふりがな 患者氏名		明治 大正 昭和 平成 年 月 日生	男・女 歳	職業	
傷病名				発症年月日	
住所	〒 _____ TEL — —				
紹介者					
紹介者 連絡先	TEL — —				
キーパーソン					
キーパーソン 連絡先	TEL — —				
保険種別	健康保険(協会・組合)・国民健康保険・共済組合・生活保護・後期高齢者医療 重度医療・特定疾患()・その他()			本人 家族	
自宅の状況	持ち家・借家()階 エレベーター 有・無 住宅改修 可・不可				
退院後の 希望	本人	自宅	施設	病院	その他:
	家族	自宅	施設	病院	その他:
現在の状況	通院中(_____ 病院) 入院中(_____ 病院)				
社会資源	身体障害者手帳:無 有 種 級(_____)				
	介護保険:無 申請中(_____ 年 月 日付)				
	有(~ _____ 年 月 日) 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5 居宅: _____ 担当ケアマネジャー				
家族構成	入院科以外の受診状況				
	有(_____ 科 _____ 科 _____ 科) 無				
		転院後の定期受診の必要性と頻度			
		特に必要なし			
		有(_____ 科月 回 _____ 科月 回)			
病状の説明	有・無	説明日	年月日	説明を受けた方	本人・家族・その他(_____)
	内 容	予 後			
		リハビリのゴール			
その他					
その他 連絡事項					

記入者 所属:
氏名: