

# 短期入院 利用相談申込書（FAX専用）

FAX 送信先：055-952-1083

聖隷沼津病院 地域医療連携室 宛

## 〈 ご利用者様情報 〉

フリガナ		性別：男・女	
患者氏名		生年月日 _____年 ____月 ____日(年齢 ____歳)	
現住所	〒 _____ (TEL) : _____		
当院ID	無・有 (IDが分かる場合：No _____)		
かかりつけ医療機関名		主治医	
		主病名	
ケアマネジャー	事業所名：  担当：	TEL	
過去3ヶ月以内に入院歴はありますか？ 有・無 (有の場合) 入院歴： ____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日(病院名： _____)			

## 〈 連絡先 〉

①	フリガナ		(自宅)
	氏名 (キパ-ツ)	(続柄： _____)	(携帯)
②	フリガナ		(自宅)
	氏名	(続柄： _____)	(携帯)

## 〈 確認事項 〉

今後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 自宅とみなす施設入所 (施設名： _____)
希望する病室	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 ( <input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円 ) ※必ずしもご希望が通るとは限りませんのでご承知ください。
備考欄> :	

## 《短期入院のご利用をご希望される方》

- ① 担当ケアマネジャー様より、聖隷沼津病院地域医療連携室医療ソーシャルワーカーまでご相談下さい。
- ② 受入の可否について判定会にて審査させていただきますので、下記のものをご準備頂き、FAXを送付ください。  
なお、ご用意いただくものとしては・・・

**\* 利用申込書**

**\* 診療情報提供書**

**\* 血液データ**

**\* 処方内容がわかるもの**

**\* ADL 表**

- ③ 判定会については随時実施いたします。
- ④ 受入の可否については、担当ケアマネジャーへお返事いたします。
- ⑤ ベッド調整をいたします。  
※原則 1 週間以内のご利用となります。(応相談)