

# 地域包括ケア病棟 入院相談申込書（FAX専用）

**FAX 送信先：055-952-1083**

**聖隷沼津病院 地域医療連携室 宛**

## 〈 患者様情報 〉

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 _____ )		
現入院 医療機関名		主治医	
主病名		担当 MSW	
ケアマネジャー	事業所名 :  TEL :	担当 ケアマネジャー	

## 〈 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 ) <b>※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。</b>
備考欄 > :	

## 《地域包括ケア病棟へ入院をご希望される方》

- ① 担当医療ソーシャルワーカー様より、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 （感染症含む）**

**\* 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、担当医療ソーシャルワーカーへお返事いたします。
- ⑤ ベッド調整をいたします。