

短期入院 利用相談申込書（FAX専用）

FAX 送信先：055-952-1026

聖隷沼津病院 在宅支援室 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 :	TEL			
	担当 :				
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"/> 5,500円 <input type="checkbox"/> 13,200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 > :	

地域包括ケア病棟 入院相談申込書（FAX専用）

FAX 送信先：055-952-1026

聖隷沼津病院 在宅支援室 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"/> 5,500円 <input type="checkbox"/> 13,200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 担当ケアマネージャー様より、聖隷沼津病院 在宅支援室までご相談下さい。
- 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、担当ケアマネー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2週間以内のご利用となります。(応相談)

《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 在宅支援室 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。