

療養病棟入院相談申込書

申込日	年 月 日
名 前	ふりがな
生年月日	T・S・H 年 月 日生
住 所	
電話番号	
要介護認定 障害サービス	要支援 1 ・ 2      要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 障害支援区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6
かかりつけ医	
担当 ケアマネジャー	事業所名 担当者名
訪問看護 ステーション	事業所名 担当者名
主病名	
入院希望の理由	<input type="checkbox"/> 家族負担の軽減 <input type="checkbox"/> 介護予防のリハビリ <input type="checkbox"/> 嚥下機能確認 <input type="checkbox"/> 認知機能確認 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 介護ケアの指導 <input type="checkbox"/> その他( )
希望入院期間	年 月 日( ) 時 ~ 年 月 日( ) 時
緊急連絡先①	氏名: 続柄 電話
緊急連絡先②	氏名: 続柄 電話
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護車両等 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )
特記事項等	