

入院相談受付票

令和 年 月 日

医療法人 五輪橋整形外科病院

ふりがな		明治・大正・昭和・平成・令和	男・女		
患者指名	年 月 日生	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				本人	
				家族	
自宅の状況	持ち家・借家()階		エレベータ 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 ケアマネージャー				
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和頻度 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	目標設定等支援管理料 有(日付)・無				

記入者 所属:

氏名:

医療法人 五輪橋整形外科病院 医療相談室

電話番号:011-571-0430 FAX:011-572-2155

※地域医療相談室へのお問い合わせは上記ご連絡先をお願いいたします