

入院相談受付票

平成 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	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: