

# 葛飾リハビリテーション病院 入院相談 F A X 送信用紙

F A X : 0 3 - 3 6 0 4 - 8 0 4 1

※「本用紙・診療情報提供書・血液検査データ・ADLがわかるもの・服薬情報」をご送信お願いいたします。

■相談申込日： 年 月 日

【 問い合わせ先 : 医療連携相談室 】

TEL: 03-6231-2053(直通)

受付時間: 平日 9時~17時

■ご紹介元

医療機関名		ご担当者様	
連絡先電話番号	— —	F A X 番号	— —

■患者様情報

患者イニシャル	・	性別	男 ・ 女	年齢	歳
住 所	[葛飾区の場合は町名まで・その他は市区町村まで]				
傷病名	発症日 ( / )		手術日 ( / )		
既往歴	[フォローの継続が必要な場合のみ記載ください]				
介護保険	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)		公費負担	生活保護・身障手帳 ( 級 ) (病名: )	
退院後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 独居		キーパーソン	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備 考					

■入院相談の流れ (状況に応じて異なる場合がございますのでご了承ください)

