

「在宅療養を支える入院」申込書

【在宅担当者⇒地連⇒外来・病棟】

FAX(地域連携室直通)0158-42-4177

遠軽厚生病院 地域医療連携室 宛

申込日

※【ご依頼目的】

- ☐ 介護者の疲労緩和
☐ 介護者の通院・治療等による一時的な介護
☐ 介護者の旅行・冠婚葬祭による一時的な介護
☐ 独居への疲労
☐ リハビリ希望
☐ その他()

〔依頼元〕

事業所名

ご担当者名

電話番号

FAX番号

ふりがな			年齢	才	性別	男・女
ご利用者名			※電話			
生年月日	昭和	年	月	日	生	
患者住所						
入院希望日	月 日 ()				時頃から	
退院希望日	月 日 ()				時ごろまで	
当院受診	<当院への通院状況> ☐ 現在通院中 → 科名() 主治医() ☐ 受診歴あり ☐ 受診歴なし					
※確認事項	<認知症> ☐ あり <徘徊> ☐ あり					
	<移動> ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー					
※紹介・依頼元	かかりつけ医	<医療機関名>			<主治医>	
	担当ケアマネ	<事業所名> ☐ 地域包括 ☐ 居宅			<担当CM・PHN>	
特記事項						

【お申込み方法】

- ①ご希望のかたは、まずはお電話でご相談、ご連絡ください(病院代表:0158-42-4101)。
- ②お電話で相談いただいた後に、「在宅療養を支える入院」申込書必要事項を記入の上、FAXで送信ください。
- ③院内で協議後、依頼元担当者様へご連絡させていただきます。

地域医療連携室【担当】