

★ 検査・機能評価入院申込／連絡票 【在宅担当者⇒地連⇒外来・病棟】

↑ FAX 0136-23-2185

申込日

俱知安厚生病院 地域医療連携室 宛

※【ご依頼目的】

レスパイト入院

検査 (PSG その他)

退院支援

糖尿病評価・教育

リハビリ機能評価

〔依頼元〕

施設名:

住所:

電話:

依頼受理日	月	日	()	
受け入れ日時	月	日	()	__:__ 着
※患者氏名		年齢	才	性別 男・女
患者 ID		※電話		
※患者住所				
※生年月日	平成	年	月	日生
※病名・既往症				
※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> <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 居宅		<担当CM・PHN>
	入所先GH／施設	<担当相談員・CM>		<担当相談員・CM>
紹介経路	<input type="checkbox"/> Dr(かかりつけ医・施設医) to Dr <input type="checkbox"/> Dr to 地連〔紹介入院含む〕 <input type="checkbox"/> ケアマネ・町村保健師・施設相談員 to 地連 <input type="checkbox"/> その他(家族の直接相談等) ※ 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
受入科 担当医師	科	Dr	受入病棟	A2 ・ B3 ・ B4 ・ 第6
外来経由	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	入院オーダー	済み ・ 未入力 ・ 外来入力	
移送手段	<input type="checkbox"/> 移送車(施設・事業所・民間) <input type="checkbox"/> 家族の車 <input type="checkbox"/> その他()			
特記事項				
※確認事項	<認知症> <input type="checkbox"/> あり (薬剤使用) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (センサー使用) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし			
	<移動> <input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 杖歩行 ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
	区分		備考	

【お申込み方法】

- ①事前にまずはお電話でご相談、ご連絡ください。 (連携室直通)電話・FAX 0136-23-2185
- ②※欄に必要事項を記入の上、地域医療連携室宛にFAX送信してください。

地域医療連携室【担当】