

南生協病院 地域包括ケア病棟 転入院 受け入れ状況用紙

依頼日 / 担当者名

病院名			入院日		
患者氏名			生年月日	年齢	
入院病名					
転院目的					
医療処置					
方向性	在宅	施設(老健 特養 有料)	療養病院	看取り	未定
家族情報	同居 無	有 (関係性) キーパーソン(
認知症	有・無		問題行動 無・有()		
介護保険	有・無・区変中		新規・区変申請(申請日 /)		
	要支援・要介護 ()		認定調査日(/)		
経済的不安	有・無				
ADL	元々のADL		現在のADL		
リハビリの有無	PT・ST・OT・無		リハビリ算定病名		
個室希望	有・無				
他院併願の有無	有・無				
その他					

南生協病院の包括ケア病棟を打診していただきありがとうございます。
 当院家族面談等ございませんのでお手数ですが、上記状況用紙を記入の上
 情報提供書等の情報書類と合わせてFaxにてご返信いただけますようお願いいたします。
 また、当院包括ケア病棟の案内(別紙)を本人、ご家族様と確認のうえご同意
 頂けましたら下記チェックしていただきますようお願いいたします。

※必要時包括ケア病棟課長より電話で詳しく状況をお伺いします。

※ご本人、ご家族面談時には必ず以下2点をご説明ください。

2024年度診療報酬の改定により当院の基準で最大50日期限

「南生協病院包括ケア病棟の案内(2枚)」

↑ チェック欄