安佐北区医師会在宅医療相談支援窓口運営事業・在宅療養患者入院支援システム　 様式1

申込書・診療情報提供書

R5.10.01 改定

　　年　　月　　日

安佐北区医師会在宅医療相談支援窓口運営事業

　在宅医療を支援する有床医療機関（支援医療機関）

　　（　　　　　　　　　）科　 担当医殿

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 性別　　男　・　女 |
| 患者氏名 | 生年月日　明・大・昭・平 　　年　　月　　日 ( 　　歳) |
| 患者住所 | |
| 電話番号 | |
| 医療保険：国保・社保・高齢受給・後期高齢  公　　費：生保・原爆・重度医療・特定疾患・労災・精神通院  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

|  |
| --- |
| 傷病名 |
| 紹介目的 ①治療　②精査　③看取り  　　　　　 ④その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院希望日　　　　　　年　　月　　日頃 |
| 既往症及び家族歴 |
| 症状・治療経過及び検査結果  介護度　　　 （未申請・申請中・要支援１・２・要介護１・２・３・４・５）  障害自立度　 （Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２）  認知症自立度 （Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ） |
| 現在の処方 |
| 備 考 □キーパーソン（　　　　　　　　　）　□担当ケアマネジャー（　　　　　　　　　）  　　　□当システムでの入院期間が約２週間以内であることをご家族に説明しました。 |

　　　　　　　FAX　相談支援窓口（高陽ニュータウン病院）**８４５－３０４０**

受付時間　月〜金曜日９:00～17：00／土曜日９：00～12：00

（祝祭日、年末年始、盆期間を除く）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

<返信欄>どちらかに◯をつけて、30分以内に相談支援窓口にFAX（845-3040）して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 入院応需　　　可能　・　不可 | 医療機関名 |
| 備考 | |

～～個人情報の取り扱いには十分ご注意ください～～