

入院相談受付票

フリガナ		性別	家族構成	
氏名		男女		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳			
社会資源	身障手帳	無 有： 種 級 障害名：		
	要介護度	無・申請中 有 要支援・要介護() 有効期限： 年 月 日		
	担当ケアマネージャ：氏名		事業所名：	
住所	〒		TEL	
保険種別	健康保険(協会・組合)・国民健康保険・共済組合・生活保護・後期高齢者医療 重度身障者医療・特例疾患・その他()			本人
				家族
キーパーソン	氏名：		続柄：	
キーパーソン 連絡先	住所：		TEL：	
家屋状況	持ち家・借家 ()階 エレベーター あり・なし 住宅改修 可・不可・改修済み			
退院後の希望	本人	自宅	施設	病院 その他：
	家族	自宅	施設	病院 その他：
既往歴	病院 年 月 病名()			
	病院 年 月 病名()			
	病院 年 月 病名()			
入院後の定期受診の必要性 無・有(科 月 回 / 科 月 回)				
病状の説明	有・無	説明日： 年 月 日 説明を受けた方 本人・家族・その他()		
	内容	予後：		
		リハビリテーションの目標：		
		その他：		
備考				

記入日： 年 月 日 記入者 所属：

氏名： _____ 職種： _____