



医院名		病名・入院希望日・日数	
TEL: FAX:	病名	手術予定日( )	
	入院目的	( )より転院	
	入院希望日	令和 年 月 日( ) 午前・午後 退院予定が決まっている場合…退院日:令和 年 月 日( )	

患者情報			
フリガナ		性別	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
患者氏名		男・女	
住所		連絡先	
		緊急時	
キーパーソン	氏名( ) 続柄( )		
担当ケアマネ	事業所名( )・担当者名( )		
訪問看護利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(訪問看護ステーション名: )		
栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
医療行為	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 麻薬の使用 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室		

入院調整後、下記『入院決定のお知らせ』欄にて地域連携室よりご連絡いたします。

※ベッドの空き状況により、部屋希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

※入院当日までに状態変化があった場合には、地域連携室(TEL:0834-33-2132)までご連絡ください。

～誤送信FAX書類の取り扱いのお願い～

この書類が誤って送信先以外の方に送信されました場合には恐れいりますが直ちに送信者(送信元)までご連絡いただきますよう、お願い申し上げます。

～入院決定のお知らせ～

入院の申込みを頂いた上記患者さんについて、入院の調整ができましたのでお知らせします。

入院日:転院日:令和 年 月 日( ) 午前・午後  
入院病棟: 階病棟 (4人部屋 2人部屋 個室)

受領日( ) 地域連携担当看護師:( )