

新潟聖籠病院 相談票

地域連携室行 FAX 025-256-1267(専用)

TEL 025-256-1013(直通)

依頼日 : 年 月 日

記入者 :

医療機関
施設 名称

ご担当医師名

住所 〒 ー

TEL ()

FAX ()

フリガナ	男 ・ 女	生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平)
患者氏名	様 (才)	年 月 日
住 所	〒	TEL ー ー
保 証 人 (K P)	続柄 様	TEL ー ー
家族構成	独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族と同居 ・ 不明	家族構成
在宅受入	良好 ・ やや難あり ・ 不可 ・ 不明	
経済状況	良好 ・ やや難あり ・ 困難 ・ 不明	
希望内容	外来 ・ 入院 (☐ 一般病棟 ☐ 医療療養病棟 ☐ どちらでも)	
個室希望	希望する (4,860~6,480円) ・ 希望しない ・ どちらでも ・ 不明	
介護保険	無 ・ 新規申請中 ・ 要支援 () ・ 要介護 () ・ 変更中 担当居宅: 担当ケアマネ:	
身体障害者 手帳	無 ・ 有 種 級 ()	
保険種別	健康保険 (協会 ・ 組合) ・ 国民健康保険 ・ 共済組合 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 特定疾患(マル障) ・ 自立支援医療(更生医療) ・ 重度医療(県障) ・ 標準負担額認定証 ()	
主病名	主病名の発症日 年 月 日	
	手術日 年 月 日	
透析	1. 月 ・ 水 ・ 金 2. 火 ・ 木 ・ 土	最終シャント 造設病院 年 月 日
転入院理由	●紹介目的 精査・加療・入院・転医・その他 ()	
感染症	なし ・ あり ☐ HCV ☐ HBs ☐ MRSA ☐ 緑膿菌 ☐ ESBL その他 () 鼻腔 ・ 喀痰 ・ 尿 ・ 創部 ・ キャリア ・ その他 ()	

備考 病状の安定により貴院への逆紹介に対する希望 (希望する ・ 希望しない)