

桜十字福岡病院 短期入院 相談シート

- ・地域包括ケア病棟への短期入院や老健へのショートステイのご相談がありましたら、よろしくお願いいたします。
- ・お気軽に地域連携室の担当までお電話ください。本紙「入院相談シート」もお使いいただけます。

ご紹介元	
医療機関 施設・事業所名	
ご担当者様	様
TEL	
FAX	



桜十字
Sakurajyuji Group

桜十字福岡病院
地域連携室

担当：社会福祉士 南 ・ 看護師 大谷

TEL 092-791-1130

FAX 092-791-1105

fukuoka.iryosoudan@sakurajyuji.jp

◆相談内容の概要（分かる範囲でご記入ください。）

（個人情報保護のため、お名前や住所はイニシャルや一部のみの記載でかまいません。）

相談内容	<input type="checkbox"/> 空き状況について <input type="checkbox"/> 料金について <input type="checkbox"/> その他
患者様氏名	(男・女) 年齢： 歳
現住所	(自宅・施設) 施設名：
連絡先	ご本人： 様 ご家族： 様
希望入院日	相談日当日（緊急性あり） ・ 相談日翌日 ・ 相談日の翌々日以降 ※入院は平日のみ
入院目的	<input type="checkbox"/> リハビリ希望 ■現在の状態 <input type="checkbox"/> レスパイト入院 <input type="checkbox"/> 急性期ほどではないが入院が必要
既往歴	<small>わかる範囲でご記入ください</small>
要介護度	なし ・ 要支援（1・2） ・ 要介護度（1・2・3・4・5）
医療費負担割合	割負担 ・ 不明
食形態	常食 ・ 軟飯 ・ その他（ ）
送迎	病院送迎希望 ・ 家族送迎 ・ その他（ ）
備考・かかりつけ・ADL等	

◆入院の連絡が必要な連携先（かかりつけ医・居宅事業所・施設など）

入院手続き等でご連絡させていただきますので、よろしくお願いいたします。

連絡先1	様 TEL： _____
	ご連絡希望の時間帯： <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他（ _____ 時 ~ _____ 時）
連絡先2	様 TEL： _____
	ご連絡希望の時間帯： <input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> その他（ _____ 時 ~ _____ 時）

ご相談ありがとうございます。