

# 市立角館総合病院 転院申込情報共有シート

記入日: 令和 年 月 日

基本情報	フリガナ	生年 月日	T・S・H・R 年 月 日 歳		
	氏名 様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	現在入院中の 病床の種類	令和 年 月 日～ 急性期病棟・地域包括ケア病棟 その他：
転院目的	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 退院調整 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 終末期管理 <input type="checkbox"/> その他( )				
貴院主治医からの 説明と同意	<b>転院後の治療方針</b> <input type="checkbox"/> 月 日 Dr.説明済 (家族： 様 / 続柄： ) その内容：  <input type="checkbox"/> 未： 月 日説明予定				
本人家族 今後の意向 (療養先)	本人	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 市立角館総合病院で療養 <input type="checkbox"/> 他院( )転院待ち <input type="checkbox"/> 意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他( )			
	家族	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 市立角館総合病院で療養 <input type="checkbox"/> 他院( )転院待ち <input type="checkbox"/> 意思表示ができない <input type="checkbox"/> その他( )			
	キーパーソン： <input type="checkbox"/> あり(続柄： ) <input type="checkbox"/> なし				
介護保険	<input type="checkbox"/> あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新・区分変更) <input type="checkbox"/> なし 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> あり(担当： / CM) <input type="checkbox"/> なし				
転院時	交通手段： <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 同行者：				
その他 特記事項					

- 転院申込の際、当様式に診療情報提供書・採血データ・看護サマリー・保険情報を添付して、FAXにてお申込みください(連携係FAX：0187-52-1328)
- 転院当日に診療情報提供書等の原本をご持参ください