

## 濟生会福島総合病院 転院申込書

ふりがな 氏名		生年 月日	大正 昭和	年	月	日
			平成 令和			

① 家 族 構 成		② 社 会 資 源	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請      申請日      / <input type="checkbox"/> 申請中      ( 新規      ・      区変      ) <input type="checkbox"/> 要介護      (      ) <input type="checkbox"/> 要支援      (      ) <input type="checkbox"/> 事業対象者 ケアプラン担当者 (      )
	<small>※同居家族を線で囲み、キーパーソンにKPと記載して下さい。</small>		
③ A D L		④ 医 療 行 為	
	<small>※簡単に結構です。認知機能についても記載お願いします。</small>		

⑤ 濟生会病院退院後の見通し・外来フォロー先・支援経過など

※施設を検討されている場合はその施設種別や施設名称、見学・申込みの有無もお願いします。

⑥ 転院に際して貴院から患者さん・ご家族への説明

⑦ 上記説明に対しての患者さん・ご家族の反応・理解

⑧ 備考

※身体障害者手帳などの手続き関係の情報もお願いします。

病院名		電話番号	
担当部署		担当者	