

障害者病棟入棟申請書

患者ID		患者氏名		生年月日	大・昭・平	年	月	日	年齢	歳
性別	男 ・ 女	発症日		年	月	日	身長	cm	体重	kg
紹介医療 機関名		紹介元 診療科			紹介元 医師氏名				記入者	
家族の援助	☐ あり；キーパーソン() ☐ なし				今後の方向性	在宅 ・ 施設 ・ 療養型病院 ・ その他 () ※当院での入院は <u>最長2ヶ月</u> になります。				
現段階での予後説明 独歩 ・ 伝え歩き ・ 車椅子移動 ・ 全介助 ・ その他 ()										

[illegible]

※ 紹介元の先生方は、お手数ですが、**太枠の中**を記載していただきますようお願いします。