

東北医科薬科大学 若林病院 転院申込書 (2枚1組)

記入日： 年 月 日

【送信先】

東北医科薬科大学 若林病院

地域医療連携・相談室

住所：宮城県仙台市若林区大和町 2-29-1

TEL : 022 - 236 - 5871 (直通)

FAX : 022 - 236 - 5920 (直通)

【送信元】

医療機関名：

所在地：

調整担当者：

TEL :

FAX :

※診療情報提供書（処方内容含む）とご一緒に FAX をお願い致します。

患者氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所				
主病名		発症日	年 月 日	
		手術日	年 月 日	
既往歴				
転院目的	☐ 治療 ☐ リハビリ ☐ その他（ ）			
希望病棟	☐ 一般病棟 ☐ 回復期リハビリ病棟			

退院先	☐ 自宅	
	☐ 施設	☐ 未定 ☐ 申込み予定 ☐ 申込み済み（施設名： ）
	☐ 病院	☐ 未定 ☐ 申込み予定 ☐ 申込み済み（病院名： ）
家族構成		キーパーソン： ☐ 同居 ☐ 別居
家屋状況	※自宅退院の場合ご記入下さい ☐ 持家（居室： 階） ☐ 賃貸 階（エレベーター ☐ あり ☐ なし） 住宅改修の必要性： ☐ あり ☐ なし	
介護保険	☐ 認定済（介護度： ）	
	☐ 区分変更中 ☐ 申請中 ☐ 申請予定 ☐ 未申請 ☐ 必要なし	
	担当者（事業所： 氏名： ）	
社会保障	☐ 身体障害者手帳 ☐ 特定医療 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）	
	☐ 申請済み ☐ 申請中 ☐ 申請予定	
部屋希望	☐ 個室 ☐ 2人部屋 ☐ 大部屋 （※ご希望に添えない場合もあります）	

