

療養情報提供書(SW記入用)

患者	氏名	様	生年月日	MTS	年	月	日	歳	男	女									
	住所							電話											
家族	氏名	様	続柄	氏名	様						続柄								
	連絡先				連絡先														
入院(入所)年月日		令和 年 月 日 ~																	
公費医療	有 ・ 無	難病 身体障害 級 他																	
年金	国保 厚生 共済 生保 その他																		
	医療費限度額認定 有 (区分) ・ 無																		
	未収金 有 (万円) ・ 無																		
介護保険	認定	無 申請中 年 月 日 付申請																	
	有	支	1	2	・	介	1	2	3	4	5	認定期間	年	月	日	~	年	月	日
	ケアマネ	有 ・ 無	事業所名						担当者名										
3ヶ月後の予定	自宅への退院 (いつ頃、どの程度まで回復していれば自宅退院可能か具体的にご記入下さい。)																		
	施設への入所 (特養 老健 高齢者住宅 その他) ※ 申し込み済みの施設がありましたらご記入下さい。																		
	療養型病院への転院 ※ 申し込み済みの病院がありましたらご記入下さい。																		
家族構成		キーパーソン																	
		主介護者																	
紹介元	機関名							連絡先											
								担当SW											

記載日 令和 年 月 日