

入院患者 面会希望依頼書

患者サポート室 FAX:0566-46-3774

入院患者名	様	性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日生

事業所名	電話番号
実施予定者名	手段 対面・来院リモート・Web会議
実施希望日時	<input type="checkbox"/> 第1希望日: 年 月 日 () 時 分～
	<input type="checkbox"/> 第2希望日: 年 月 日 () 時 分～
	<input type="checkbox"/> 第3希望日: 年 月 日 () 時 分～
面会目的	<input type="checkbox"/> 入院期間について
	<input type="checkbox"/> 社会背景について情報提供がしたい
	<input type="checkbox"/> 自宅退院困難な要因について
	<input type="checkbox"/> 本人の意見・状態を確認したい
	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 病状、ADLについて <input type="checkbox"/> 退院先を相談したい <input type="checkbox"/> 本人の思いを伝えたい <input type="checkbox"/> 会議をしたい

【面会予定の方へのお願い】

- ・この用紙を使用し、事前に希望日時をFAXでお知らせください。
- ・できるだけ前日までのご連絡にご協力ください。
- ・来院の場合は、この用紙の原本を1階総合案内でご提示ください。

【手段について】

- ・対面(病院で本人と直接面会)
- ・来院リモート(病院に出向くが本人とは直接会わずリモートで面会)
- ・Web会議(来院せず事業所からリモートで面会)

当院記入欄

【連携方法の決定事項】

決定 確認事項	<input type="checkbox"/> 受付ができないので、当院担当者からご連絡いたします。
	<input type="checkbox"/> 下記日程で(対面・来院リモート・Web会議)の(面会・会議)を受け付けます。
	開催日時: 年 月 日 () 時 分～

* 当院調整者記入欄

患者ID	入院病棟	階 / 東・西
患者サポート室担当	近藤・山本・佐橋・三浦・藤田・竹内・米森	
病棟連絡	済・未	対応予定 担当者対応・病棟NS対応