

入院される患者さまへ(2)

入院から退院までの調整を円滑に行なう為に必要になってきますので、下記の項目
にお答えください。

I 身体障害者手帳 1 あり （等級 級）
 (障害名)()

 2 なし

Ⅱ 介護認定

1 要介護（要介護度 1・2・3・4・5）

2 要支援（要支援度 1・2）

3 なし

(事業所) _____

(担当ケアマネージャー) _____

(施設名／サービス内容) _____

Ⅲ 特定疾患医療受給者証 1 あり（疾患名）()
 2 なし

令和 年 月 日

患者氏名

松原メイフラワー病院

(※ I・II・III 各々コピー貼付)