依頼時、診療情報・検査結果も
一緒に FAX して下さい。

藍野病院　地域医療連携センター 行
FAX 番号　072-627-7633

入院依頼時 確認事項と説明事項

＊精神科病棟入院時の注意事項

○ 入院する病棟により閉鎖病棟となる可能性があります。

○ 病状により、精神科医師が必要と判断した場合は、拘束を行う可能性があります。

① 確認事項

1. 精神科疾患・認知症　（ 有 ・ 無 ）　病 名（　　）
2. 精神科病院への通院・入院歴　（ 有 ・ 無 ）
3. 付き添いの有無　（ 有 ・ 無 ）　関 係（　　）
4. 依頼日当日入院希望の場合　家族来院可能時間　（　　時　　分 ）
5. 保険の種類　種　類　（　　）

② 『入院のご案内』冊子の説明

1. 入院の手続きについて　（ 済 ・ 未 ）
2. 入院時の持ち物について　（ 済 ・ 未 ）
3. おむつ・療養セットについて　（ 済 ・ 未 ）病棟によって全てリース契約になる場合があります。

③ 面会について

1. 面会曜日　：　月曜日～日曜日（祝日も含む）
2. 面会時間　：　14：00～16：00

医療法人　恒昭会
藍野病院　地域医療連携センター
TEL(072)621-1321(直)／FAX(072)627-7633