FAX先　026-217-3821

小島病院 地域連携室 宛

入院申込受付表（医療機関より）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　令和　　年　　月　　日

（　　　　　　　　　　　　　　　様分） 医療法人平成会　小島病院

TEL:026-217-3861 FAX:026-217-3821

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院患者 | ふりがな |  | | | 性別　　男　・　女 | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 |  | | | 年齢　　　　　才 | |
| 申込者 | 病院名 |  | | | 電話  ＦＡＸ | |
| ご担当者名 |  | | |
| 連絡先  ご家族 | ふりがな |  | | | 電話  携帯 | |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 |  | | | 入院者との続柄 | |
| 連絡上の  留意点 |  | | | | |
| 入院希望日・時期 | |  | | 医療  ・  介護 | | 医療区分  介護度 |
| 患者様の状態  症状等 | |  | |
| 患者様の居所 | | 月　　日より | | | | |
| 今後の転院等  の予定 | |  | | | | |
| 同時申込  病院・施設 | |  | | | | |
| ＊小島病院記入欄 | | |  | | | |