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 |  |