

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	
	ご担当者名		F A X	
ご連絡先 ご家族	ふりがな		電話	
	氏 名		携帯	
	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	
患者様の状態 症状等			介護度	
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				