

転院申込書（一般病棟）

送付者 医療機関名：
 住 所：
 診療科・職種：
 氏 名：
 電 話 番 号： - -
 FAX 番 号： - -

※ すべての項目に記入をお願い致します。

転院理由・目的							
主病名		貴院入院日	年	月	日	～	
ふりがな						国籍	言語
患者氏名						男 女	
生年月日	年 月 日 (歳)						
住所	〒 -		連絡先電話番号	自宅	-	-	
				携帯	-	-	
家族等	家族状況 独居 施設 同居者 ()		キーパーソン	氏名 続柄			
				TEL	-	-	
当院受診歴	なし ・ 不明 ・ あり (科 医師)						
保険区分	社保 国保 事故 労災 生保 私費 その他 ()						
入院希望日①	年	月	日	曜日	時	分	
入院希望日②	年	月	日	曜日	時	分	
入院希望日③	年	月	日	曜日	時	分	
希望病室	<input type="checkbox"/> 大部屋 (¥0/日) <input type="checkbox"/> 個室 (¥5,400～¥10,800/日) ※希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。						
来院手段	自家用車	タクシー	介護タクシー	救急車	付き添いの方 ()		
療養状況	I 特殊マットレスの利用	あり () なし		II 酸素利用	あり なし	III 吸引	あり なし
透析	あり (要:透析条件FAX) 実施サイクル () なし						
リハビリ	有	無	介護保険	申請済 ()	申請中	未申請	
補足事項							

※下記当院記載欄

	連携受付	医師	病棟看護師	受入日
日付担当 診療科/病棟				

返答日	決定日受入日
	年 月 日 () :