

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 ()			
介護保険	申請済 () 申請中 未申請			
希望病室	<input type="checkbox"/> 大部屋 (¥0/日) <input type="checkbox"/> 個室 [(B:トイレ¥6,600/日)(A:トイレ・シャワー¥8,800/日)(特室:¥13,200/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
	IV リハビリ	あり なし	V 認知症	あり・年相応 なし VI 危険・問題 行動 あり なし
透析	なし あり(透析条件・記録 要FAX) 実施サイクル ()			
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 () :