

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¥7,700/日)(A:トイレ・シャワー¥11,000/日)(特室:¥16,500/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	あり() なし	II 酸素	あり() なし	III 人工呼吸器	あり なし	IV 吸引	あり なし
	V リハビリ	あり なし	VI 認知症	あり・年相応 なし	VII 危険・ 問題行動	あり() なし		
	VIII 急変時の 方針	DNAR確認済み(確認日:) その他()						
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 () :