

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					キー パーソン	氏名					
	独居 施設 同居者 ()						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	☐ 大部屋 (¥0/日) ☐ 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				

改訂:20240603

返答日	決定日 受入日
	年 月 日 () :