

開放型病床 利用申込書

年 月 日

公立西知多総合病院 様

医療機関名 _____

登録医師名 _____

フリガナ		生年月日	性別
患者氏名	様	明・大・昭・平 年 月 日	男・女
住所			
連絡先			
紹介目的			
担当医師への 依頼事項等			
当院の受診歴	・なし ・あり (科 医師)		
移送方法	・自家用車 ・介護タクシー ・その他		
食事内容	・普通食 (ご飯 ・お粥) ・経管栄養 ・胃ろう ・その他 ()		
エアマット	・不要 ・必要		
入院希望日	第1希望 月 日 ()	第2希望 月 日 ()	
入院希望期間	月 日 () ~ 月 日 ()		

- ※ 診療情報提供書（紹介状）を添付してください。
- ※ 入院希望日3日前（休日を除く）までに申込みをしてください。
- ※ 入院希望期間は14日以内としてください。
- ※ 当院の受診歴は定期受診されている主科をご記入ください。
- ※ 移送方法、食事内容、エアマットはOをしてください。

公立西知多総合病院 地域医療連携室

電話：0562-33-9858

FAX：0562-33-0010