年　　月　　日

開放型病床利用申込書

常滑市民病院　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 |  |
| 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希望日　　月　　日（　　） | 第２希望日　　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。
* 移送方法、食事内容、エアマットについては該当する□にチェックマークを付けてください。

**常滑市民病院　システム管理室　TEL：０５６９－３５-３１７０　　FAX：０５６９-３４—８５２６**