

平成 年 月 日

入院申込書

ベルランド総合病院 地域医療連携室

電話 072-234-9215

FAX 072-234-9155

当院紹介先 _____ 科 _____ 医師名 _____

紹介元医療機関名

住 所 : _____

電 話 : _____ (_____) _____

F A X : _____ (_____) _____

医師名 : _____

病床入院目的 (病名又は主訴)

既往歴

入院希望日 : 月 日 (曜日) A D L : 全面介助 部分介助 自立

希望病室 : 総室 個室 特別室 痴 呆 : 有 (徘徊・不穏・記憶障害・その他)
無

送迎サービス利用 : 有 (同乗者 名・同乗者無) 感染症 : 有 (M R S A ・介癩・その他)
無

患者情報

フリガナ		性別	生年月日
氏 名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
住 所	〒 _____ 電話 _____ (_____) _____		
被保険者名		続柄	
保険証	記号	番号	
	保険者番号	区分	本人 ・ 家族
公費負担番号		有効期限	H 年 月 日迄
受給者番号		老人一部負担免除	有 ・ 無
		高齢受給者証	有 ・ 無