

F A X レスパイト入院申込書
【直通 F A X 番号 : 0795-23-4580】

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

地域包括ケア病棟 先生
レスパイト担当 御侍史

(紹介元)

名 称
所 在 地
氏 名 印
T E L — —
F A X — —

入院希望日	令和 年 月 日 から 日間	個室希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------	----------------	------	---

※レスパイト入院は概ね1週間以内とします。個室希望に添えない場合がございますがご了承ください。

患 者	フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 歳
	住 所		自宅電話	— —
家族等介護者	続柄		自宅又は携帯電話	— —
貴院への受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳			
概 要 (簡単に)				

*診療情報提供書及び看護サマリー(ある方のみ)を添付してください。

西脇市立西脇病院

※患者様に切り取ってお渡しく下さい。

※来院の際に必ずお渡しく下さい。

入院予約決定書

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり、入院予約を受付ました。

担当者 地域包括ケア病棟課長

I D		性別		生年月日	年 月 日
氏 名					
診 療 科	内 科	担当医師	入院日当日にお知らせします。		
入 院 予 約 日 時	令和 年 月 日 (曜日) 時 頃				
	※3階西入院棟に入院していただきます。 ただし、満床の場合は、別の入院棟に入院していただく場合がございます。				

(注) 次の書類を必ずお持ちのうえ、総合受付へお越しください。

【入院予約決定書、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院

