

## 紹介患者様入院申込書

医療機関名： \_\_\_\_\_

紹介医師名： \_\_\_\_\_ 先生

### 紹介患者様情報

フリガナ		性別	生年月日			年齢
氏名	(旧姓)	男・女	M S	T H	年 月 日	
住所	〒 _____					TEL ( _____ ) _____

### 入院病床別

### 入院希望日

・ 一般病床      ・ 開放型病床

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日

主治医選択（開放型病床への入院をご希望される時のみ、ご記入ください。）

- ・ 登録医が主治医となり、病院医師が副主治医となる。
- ・ 病院医師が主治医となり、登録医が副主治医となる。
- ・ 病院医師に診療を任せる。

### 希望部屋

当院では、原則として4人部屋をご用意しています。個室や2人部屋もございますので、ご希望があればお申し出ください。

部屋の種類		料金（1日あたり）	希望
個室	特別室A	11,000円	} 第1・第2希望をご記入ください。
	特別室B	7,700円	
	一般個室	3,850円	
2人部屋		2,100円	
4人部屋			

診療情報（貴院の診療情報提供書でも構いません。）

診断名又は主訴	
紹介目的	
既往歴	
経過、検査結果等	
現在の処方、処置内容	
その他	