

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 T S H 年 月 日	
住所	〒 - TEL () -			

入院病床別

・ 一般病床 ・ 開放型病床

入院希望日

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

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	11,300円
	特別室B	7,850円
	一般個室	3,950円
2人部屋	2,150円	
4人部屋		

第1・第2希望をご記入ください。
(第1希望の部屋が確保できない
ことがありますので第2希望まで
ご記入ください)

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	