

# 大館市立扇田病院 入院申込FAX専用紙

FAX 0186-55-1028

紹介元医療機関(発信者)

発信日

医院・病院名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日  
 医 師 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 FAX \_\_\_\_\_

ふりがな		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
患者氏名		性別	男 ・ 女

入院希望日時	平成 年 月 日	午前・午後 時頃
--------	----------	----------

病 名	( 認知症 有 ・ 無 )		
入院目的			
同居家族の有無	有り	無し	
再紹介の有無	有り	無し	
移動手段	独歩	車椅子	ストレッチャー

これから下は、事務の方にご記入いただければ幸いです。

患者さまの御来院時に速やかに診察するため、予めカルテを作成しておきます。次の項目をご記入ください(貴院のカルテ(患者情報)又は健康保険証のコピーを送信していただいても構いません。)

住 所		電 話	
保険者番号	.	公費負担者番号	
記号・番号		公費受給者番号	
被保険者氏名	本人・家族	第2公費負担者番号	
資格取得	年 月 日	第2公費受給者番号	
有効期限	年 月 日	老人	1割 ・ 3割