

(様式 1)

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)仙台病院

(受診科) 科 先生

(医療機関名)

(地域医療連携医)

(住所)

(連絡先) ☎

FAX

開放型病床入院申込書

1 患者情報

フリガナ

- ・氏名 性別 (男・女)
- ・生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳
- ・住所 (〒 -)

☎

2 開放型病床入院目的等

- ・病名又は主訴
- ・既往歴
- ・薬物禁忌 有 () ・ 無
- ・感染症 有 () ・ 無

3 入院希望日 平成 年 月 日 () 曜日

4 保険証情報 (当日保険証は必ずご持参するようご指示ください。)

- ・保険者番号
- ・記号番号
- ・公費負担番号
- ・受給者番号