

開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書

紹介元医療機関名

連携登録医名

印

連携登録医番号

TEL

FAX

緊急時

ふりがな

生年月日

性別

患者氏名

大正・昭和

平成・令和

年

月

日

男・女

一宮市立市民病院受診歴(有・無・不明) 有の場合(患者ID番号)

病名または主訴

今回、入院が必要な診療科

科・不明

入院目的

治療

診断・検査

その他

病状経過・検査結果等

現在までの治療経過・処方内容等

備考

送付先 一宮市立市民病院 地域医療連携室

※右記のFAX番号を確認後、送信してください。

※個人情報の取り扱いについては、慎重にお願いいたします。

FAX : 0586-71-1922

TEL : 0586-71-1933 (直通)

開放型病床入院同意書

紹介診療所名 _____

医 師 名 _____

この度、私が入院するに当たり、共同診療に対する説明を受け一宮市立市民病院開放型
病床を利用することに同意いたします。

年 月 日

(患者氏名)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) _____ 印