

入院患者連絡票

F A X 番号 (0826) 82-2070

※緊急の場合は、当院の担当医まで直接ご連絡下さい。

年 月 日

大朝ふるさと病院 地域連携室 宛

〒731-2103

広島県山県郡北広島町新庄 2147-1

電話番号 (0826) 82-3900 (代)

(受付時間 9:00 ~ 17:00)

医療機関名	
科・医師名	科
T e l	
F a x	

フリガナ		生 年 月 日		
患者氏名		明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	
入院希望日	平成 年 月 第 週 頃		性別	男 ・ 女
主病名				
備考 その他				

下記の情報についてもご記入下さい。

患者住所	〒	電話 () -
------	---	----------

保険者番号	
記号	番号
被保険者氏名	続柄
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

公費受給者番号	公費負担者番号
有効期間	
公費受給者番号	公費負担者番号
有効期間	

介護保険	有 (介護度:)	無 ・ 申請中 (申請日)
------	-----------	----------------

手続き完了次第、ご連絡いたします。(返信のない場合はお手数ですがご連絡ください)
受付時間外・休日については、即日の返答を出来かねますので、御了承ください。