

開放型病床入院申込書・診療情報提供書

札幌禎心会病院

地域医療支援センター 行 医療機関名： _____

F A X 011-712-1145 (直通) 医師名： _____ 診療科： _____

住所： _____

電話 — — F A X — —

申込日： 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者名			年 月 日 歳
住 所			
電話番号		自宅以外の連絡先	
入院日	緊急入院： 月 日 時 分 来院 ※当院医師へ連絡し入院が決定してからFAXをお願いします。		
	予約入院： 月 日 希望 *入院日時を連携室より患者様へ連絡します。		
入院診療科		予定入院期間	日

症状経過・治療経過・現在の処方等 ※貴院様式の『診療情報提供書』の添付可

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機種： _____)
------	--	------	---

緊急入院の場合は、直接Dr.t o.D rで電話依頼 (地域医療支援センター：011-712-0920)

社会医療法人 禎心会 札幌禎心会病院

〒065-0033 札幌市東区北 33 条東 1 丁目 3-1

T E L 011-712-0920 (地域医療支援センター直通) F A X 011-712-1145 (地域医療支援センター直通)