**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：

ＦＡＸ　011-712-1145（直通）　　　　　医師名：　　　　　　　　　　　　診療科：

住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　―　　　－　　　ＦＡＸ　　　－　　－

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 | □歩行可　□車いす　□ストレッチャー | 体内金属 | □無　□有（機種：　　　　　　　　　　　） |

**緊急入院の場合は、直接Ｄｒ.ｔｏ.Ｄｒ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

ＴＥＬ　011-712-0920（**地域医療支援センター**直通）　ＦＡＸ　011-712-1145（**地域医療支援センター**直通）