

入院患者様事前受付 FAX用紙

新河端病院 地域連携室行

年 月 日

◎ 患者様個人情報

(当院ID)

入院希望日	年 月 日 曜日
該当欄に○をお付け下さい 部屋希望	総室・個室(トイレ付)・個室(トイレ無)・その他()
フリガナ 患者氏名	性 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> 性別 男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 生まれ (歳)
住 所	〒 <input type="text"/>
電話番号	(<input type="text"/>) - (<input type="text"/>) - (<input type="text"/>)
保険番号	保険種別(○を付けて下さい。)
記 号	番号
被保険者名	続柄
資格・交付	昭・平 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日
負担割合	0・1・2・3・10割
公 費	有 効 期 限 年 月 日 ~ 年 月 日
公 費	有 効 期 限 年 月 日 ~ 年 月 日
患者様の病室環境を整えるにあたり、下記該当欄に○をお付け下さい。	
食 事	自立・半介助・全介助・その他(PEG・経管栄養等)
麻 痺	無・有(右・左・その他)
移 動	自立・車椅子・ベット(寝たきり)・その他
排 泄	自立・尿器・ポータブルトイレ・オムツ
認知症	無・有(大声・独語・徘徊・危険行為のリスク) その他
その他必要な情報がありましたら、ご記入下さい。 (例えば : いびき・寝言が大きい等)	
◎御紹介元医療機関の所在地・名称(TEL・FAXならびに御担当医師名は必ずご記入下さい。)	

新河端病院 地域連携室

FAX 075-952-7688