

地域包括ケア病棟 転院相談申込書 (FAX専用)

FAX送信先： **053-411-0315**

浜松ろうさい病院 患者支援センター 宛

《 患者情報 》

フリガナ		性 別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ()
現住所	〒 _____ 電 話 _____		
当院受診歴	有 ・ 無		

《 連絡先 》

フリガナ		続 柄	(電話)
キーパーソン 氏 名			自宅 携帯
フリガナ		続 柄	(電話)
氏 名			自宅 携帯

《 保険情報 》

保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
記号・番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	負担割合	割

《 確認事項 》

今後の方向性	<input type="checkbox"/> 自宅へ退院 <input type="checkbox"/> 自宅とみなす施設へ入所 (施設名: _____)
病室の希望	<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 有料4人床(2750円) <input type="checkbox"/> 個室 (<input type="checkbox"/> A 12100円 <input type="checkbox"/> B 9900円 <input type="checkbox"/> C 7700円) ※必ずしもご希望に添えるとは限りませんのでご了承ください。
備 考	

紹介元医療機関		担 当 者	
住 所	〒 _____	TEL/FAX	