

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 年 月 日 (歳)
現住所	〒 電話	
当院受診歴	有 ・ 無	

《連絡先》

フリガナ		続柄	(電話) 自宅
キーパーソン 氏名			携帯
フリガナ		続柄	(電話) 自宅
氏名			携帯

《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	