年　　月　　日

開放型病床利用申込書

常滑市民病院　様

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		生　年　月　日	性　別
患 者 氏 名	様	明・大・昭・平 年　　月　　日	男・女
住　　所			
連　絡　先			
紹 介 目 的			
担当医師への依頼事項等			
移送方法	☐ 自家用車　☐ 介護タクシー　☐ その他（　　）		
食事内容	☐ 普通食（ ☐ ご飯　・　☐ お粥 ） ☐ 経管栄養　☐ 胃ろう　☐ その他（　　）		
エアマット	☐ 不要　☐ 必要		
入院希望日	第１希望日　　月　　日（　　）	第２希望日　　月　　日（　　）	

※ 診療情報提供書（紹介状）を添付してください。

※ 入院希望日３日前（休日を除く）までに申込みをしてください。

※ 移送方法、食事内容、エアマットについては該当する☐にチェックマークを付けてください。

常滑市民病院　システム管理室　TEL：０５６９－３５-３１７０　　FAX：０５６９-３４-８５２６