

様式 4

蒲郡市民病院在宅患者一時入院期間延長申請書

平成 年 月 日

(あて先)

蒲郡市民病院  
地域医療連携室

医療機関名

所在地

医師の氏名

㊟

電話番号

次により一時入院期間の延長を申請します。

ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
患者住所			
一時入院期間の延長 を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 介護者の疾病等 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
入院延長希望期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日		

注 1) 今回の入院期間を含めて 1 ヶ月の範囲内で入院期間の延長を申請することができます。

蒲郡市民病院在宅患者一時入院期間延長 (適否) 通知書

平成 年 月 日

一時入院期間について、次のとおり延長したので通知します。

次の理由により延長できませんので通知します。

延長決定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日
延長理由	