

様式 1

蒲郡市民病院在宅患者一時入院申請書

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

次により一時入院を申請します。

なお、一時入院に必要な情報を、別紙の診療情報提供書により、蒲郡市民病院へ提供することを同意します。

ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
患者住所			
連絡先	自宅 :	緊急連絡先 :	
疾患名			
一時入院を必要とする理由	<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 ( )		
入院希望期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日		

注 1) 入院希望期間は、7日以内となります。

注 2) 一時入院の申請は、前回一時入院の退院の日から起算して3月以上(悪性腫瘍又は別紙に掲げる疾患に罹患している患者については1月以上)経過後となります。

一般患者の急性期治療を優先するため、一時入院をお受け入れできない場合もあります。

愛知県蒲郡市平田町向田 1 番地 1

蒲郡市民病院

地域医療連携室

(0533) 66-2307