

入院患者様連絡先

(提出用)

医療法人 東札幌病院

年 月 日

|   |   |
|---|---|
| 入院する方の  |   |
| お名前   | _____   |
| 生年月日  | 明 大 昭 平 令 年 月 日 年齢 才  |
|   | 〒 _____   |
| ご住所   | _____   |
|   | 電話番号 _____ 携帯番号 _____   |
| お勤め先  | _____   |
| (会社名)   | _____   |
| ご住所   | _____   |
|   | 電話番号 _____  |
| 連絡先① (同居されていない場合は住所もご記入ください)  |   |
| お名前   | _____ 入院する方とのご関係 _____  |
|   | 〒 _____   |
| ご住所   | _____   |
|   | 電話番号 _____ 携帯番号 _____   |
| 連絡先② (同居されていない場合は住所もご記入ください)  |   |
| お名前   | _____ 入院する方とのご関係 _____  |
|   | 〒 _____   |
| ご住所   | _____   |
|   | 電話番号 _____ 携帯番号 _____   |
| 在宅で利用されているサービスの連絡先 (サービスを利用されている場合ご記入ください)  |   |
| ケアマネージャー  | _____ 様 事業所名 _____  |
| 事業所電話番号   | _____   |
| 介護認定結果  | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |
| 訪問看護  |   |
| ステーション名   | _____ 電話番号 _____  |
| <p>当院の医療費は当月分を翌月10日に請求させていただきます。<br/>                 請求書のお渡し先をお知らせください。(限度額認定証の申請、提出はお済みでしょうか)</p> <p><input type="checkbox"/>本人      <input type="checkbox"/>連絡先①に      <input type="checkbox"/>連絡先②に<br/> <input type="checkbox"/>その他 (下記にご記入ください)</p> |   |
| お名前   | _____ 入院される方とのご関係 _____   |
|   | 〒 _____   |
| ご住所   | _____   |
|   | 電話番号 _____ 携帯番号 _____   |

※当院では、患者様の個人情報を院内の規定に基づいて利用させていただく事がございます。

ご不明な点がございましたら受付までお尋ねください。

2020年11月1日改定