

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)	
ふりがな	
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)	
ふりがな	
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)	
ケアマネジャー	様 事業所名
事業所電話番号	
介護認定結果 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	
訪問看護	
ステーション名	電話番号
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。	
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)	
☐ 本人 ☐ 連絡先①に ☐ 連絡先②に	
☐ その他 (下記にご記入ください)	
ふりがな	
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。

2023年12月1日改定