（様式５）

　　 年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開放型病床入院申込書 兼 診療情報提供書 | | | |
| 紹介医療機関名 |  | | |
| 登 録 医 氏 名 | ㊞ | 登 録 医 番 号 | TS |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ | －　　　－ | Ｆ　Ａ　Ｘ | －　　　－ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生 年 月 日 | 性 別 |
| 患 者 氏 名 |  | 明治 ・ 大正 ・ 昭和  平成 ・ 令和 　　　年　　　月　　　日 | 男　・　女 |
| 豊橋市民病院受診歴（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）、　有の場合（ 患者ID番号　　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |
| --- |
| 病名または主訴 |
| 今回、入院が必要な診療科　　　　　　　　　　　　科　・　不明 |
| 入院目的　　　　　　□治療　　　　　　　□診断 ・ 検査　　　　　　□その他 |
| 入院希望日  　□第１希望：　　　　年　　月　　日、 □第２希望：　　　　年　　月　　日、 □希望日なし |
| 現在までの治療経過　・　処方内容等 |
| |  | | --- | | 備考 | |
| ※下記のＦＡＸ番号を確認後、送信してください。  ※個人情報の取り扱いについては、慎重にお願いします。  送付先　　豊橋市民病院　地域連携室  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話 ０５３２－３３－３０１３(直通)  　　　　 FAX 　　０５３２－３３－３０３７(専用) |