

# 開放病床入院依頼票

年 月 日

岡崎市民病院 宛

★入院予定日時

年 月 日 曜日

AM  
 PM 時 分頃

医療機関名

医師名

TEL・FAX

受診者	フリガナ			救急車の使用 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	氏名			保険者番号	記号・番号
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	( 〒 )		公費負担医療の受給者番号	公費負担者番号
	TEL			有効期限	年 月 日
受診者のID番号が分かれば記入してください。		被保険者名	保 険 別		
ID	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 交 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 退 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 後 通 期 事 高 費 故 災 保 家 本 家 本 家 本 割				
			結 身 児 原 精 母 老 子 そ 人 ど の 核 障 童 爆 神 子 割 も 他		

主訴又は診断:

経過及び入院目的:

フイルム	<input type="checkbox"/> 有(患者持参) ・ <input type="checkbox"/> 無	返却 ( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 )
検査結果・その他	<input type="checkbox"/> 有(患者持参) ・ <input type="checkbox"/> 無	返却 ( <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 )
算定状況	<input type="checkbox"/> 在宅時医学管理料 ・ <input type="checkbox"/> 在宅末期医療総合診療料 ・ <input type="checkbox"/> 在宅療養指導管理料	