

## 開放型病床入院依頼書

年 月 日

(宛先) 春日井市民病院長

FAX 0568-82-9345

医療機関名 \_\_\_\_\_

紹介医師名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

## 1 入院希望日・診療科

該当の項目に○印またはご記入ください。

入院希望日 年 月 日 ( )			
内科	血液・腫瘍内科	腎臓内科	糖尿病・内分泌内科
脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科
メンタルヘルス科	小児科	外科	整形外科
形成外科	脳神経外科	呼吸器外科	心臓外科
血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科
眼科	耳鼻咽喉科	放射線治療科	歯科口腔外科

## 2 受診者情報

フリガナ	春日井市民病院登録番号 ( I D )		
氏 名			
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	性 別	男 女
住 所			
電話番号	春日井市民病院の受診歴 有 無		