



入院申込書

申込日 年 月 日

水戸済生会総合病院

科 医師名

医師を指定されない場合は、診療科のみご記入ください

医療機関名

医師名

TEL

FAX

水戸済生会総合病院 受診歴 : 無・有 (ID)

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (才)	
患者氏名		TEL	必ずご記入ください	
保険者番号		公費負担者番号	本人・家族	
記号・番号		受給者番号	負担割合 割	

ADL	自立・要介助・全介助	認知症	無・有 ()	不明
難聴	無・有 ()	視力低下	無・有 ()	不明
酸素使用	無・有 ()	精神疾患	無・有 ()	不明
来院方法	救急車・救急車以外	◎ 病院到着時 ストレッチャー	要・不要	

入院種類	登録医・紹介医 (水戸市医師会会員に限り記入)	入院順序	緊急・通常
入院依頼内容			
特記事項	内服薬 (抗凝固薬・抗血小板薬など) は必ず記入ください。アレルギー歴 (疾患名・キシロカイン・ヨード・その他)		

御返事

- (1) ID・患者名 ID : _____ 様
- (2) 入院日 _____ 月 _____ 日 () _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分
- (3) 診療科・医師名 _____ 科 _____
- (4) 満床ですので入院可能になり次第ご連絡致します。
- (5) 手続方法 **紹介状**および**保険証、当院の診察券をお持ちの方は診察券**をお持ちの上、**総合受付3番**または**4番**で受付後、
 () _____科外来までご案内いたします。診察後、_____病棟入院となります。
 () 9番窓口で入院手続きをし、そのまま _____病棟入院となります。

返事日 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分 取扱者 _____

水戸済生会総合病院 TEL 029-254-5151 (代表)