



水戸済生会総合病院

水戸市医師会病棟

TEL 029-254-9067

FAX 029-254-8155

水戸済生会総合病院

地域医療連携室

TEL 029-254-9067

FAX 029-254-1637

入院申込書

申込日

水戸済生会総合病院

医療機関名 :

医師名 :

TEL :

FAX :

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

水戸済生会総合病院 受診歴 : 無 有 (ID)

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	(歳)
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	TEL	
保険者番号		公費負担者番号		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
記号・番号		受給者番号		負担割合 割
在宅診療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

A D L	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明
難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	視力低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明
酸素使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 救急車以外	病院到着時 ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

入院種類	<input type="checkbox"/> 登録医 <input type="checkbox"/> 紹介医 (水戸市医師会院に限り記入)	入院順序	<input type="checkbox"/> 緊急 <input type="checkbox"/> 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)、アレルギー歴(疾患名:キシロカイン・ヨード、その他)は必ずご記入ください		

御返事

(1) ID・患者氏名 ID : _____ 様

(2) 入院日 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) _____ 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**で受付後、

() _____ 科外来までご案内いたします。診察後、 _____ 病棟入院になります。

() 9番窓口で入院手続をし、そのまま _____ 病棟入院になります。

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)