

(様式第1号)

## 開放病床 入院依頼書

倉敷中央病院 地域医療連携室 行

受付時間 9時～16時

FAX 0120-666-339(直通)

紹介元医療機関

紹介元医師名

患者氏名

(ID )

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

入院科

消化器内科、呼吸器内科、糖尿内科、腎臓内科、血液内科、内分泌代謝科、

希望該当に○

リウマチ・膠原病科、脳神経内科、循環器内科、小児科、泌尿器科、外科

相談希望..... 入院科選択については病院医師が判断し、ご連絡致します。  
※情報提供書送付ください

入院希望日

・ 明日以降できるだけ早く

希望該当に○

・ 1週間以内  
・ 日付指定( 月 日以降)

入院希望病床

希望該当に○

・ 大部屋  
・ 個室 希望上限金額( 円/日以下)  
※入院科により病棟が決まるので、ご希望に添えない場合があります。  
・ 室人数希望なし、上限料金( 円/日以下)

その他の希望

手術希望 (有 ・ 無)

【お願い】

※緊急入院は開放病床の対象にはなりませんのでご了承ください。

※スムーズな病床確保のため必ず部屋希望もご記入ください。

連絡先: 地域医療連携室 TEL: 086-422-5024 (9:00~18:30)