



②

## 患者基本情報

いとう整形外科病院 宛

札幌市中央区南2条西10丁目5番地

TEL (011)241-5461

FAX (011)261-1835

事務ご担当 様

日頃より大変お世話になっております。

当院へ入院が決定しましたら下記記載後 FAXをお願いいたします。

1、

フリガナ			年齢	性別
患者氏名			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所				
	電話		携帯	
生年月日	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 明・大・昭・平・令	年	月	日
被保険者証(記号、保険者番号)	記号			
	保険者番号			
※保険証のコピーでも可				

2、

家族の付き添い	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
家族以外の付き添い	<input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

3、

退院時又は転院時の移動方法	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族負担で可
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	※ 当院では退院時、転院時(救急の場合は別)、当院からの搬送はいたしておりませんのでご了承下さい。

4、

持参薬の継続方法	<input type="checkbox"/> 家族へ依頼	<input type="checkbox"/> 病院、施設から郵送
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	※ 当院では整形外科以外、他科のお薬は常備していない薬剤があります。その場合お手数ですが、かかり付けの医療機関へご家族が取りに行ってください。場合がございます。ご協力をお願いいたします。	