

開放型病床 入院予約票

送 付 先	医療機関名			
	医師名	先生 御机下		
	電話番号		F A X 番号 /	

このたびは、開放型病床のご利用ありがとうございます。患者さまの入院予約は以下のとおりでございますのでお知らせいたします。

患 者	フリガナ				
	氏 名	様 / 男 ・ 女 歳			
病棟	階	病棟	主治医	科	医師
入院日時	平成	年	月	日 (曜日)	時 分

※ 変更等は、医療介護連携課までご連絡ください。但し、平日19時以降、土曜日12時30分以降、日・祭日は翌日対応になります。

※下記の【開放型病床 入院予約票】は切り離し、【診療情報提供書】【承諾書】と共に患者さまにお渡しください。

発 信 者	明石市立市民病院 医療介護連携課	
	直通 TEL	0 7 8 - 9 1 2 - 2 3 5 9
	直通 FAX	0 7 8 - 9 1 2 - 2 3 6 2

----- キリトリ線 -----

開放型病床 入院予約票					
患者さま氏名：				男 ・ 女	歳
入院日時：	平成	年	月	日 (曜日)	時 分
診療科：					

- ご持参頂くもの
 - ①診療情報提供書 ②開放型病床 入院予約票 ③健康保険証・医療受給者証
- 1階正面玄関入って左手にある「入退院受付」に 【開放型病床 入院予約票】をご提示ください。