

在宅サポート入院申込書

竹田医師会病院 地域医療連携部

連携部 FAX 番号 : 0974-62-2303

連携部携帯電話番号 : 080-8561-1496

事業所名 :

ご担当者名 :

電話番号 :

FAX 番号 :

申込日 :

ご利用者名	様
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
性別	男 ・ 女
住所	
電話番号	
希望入院期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日

初めての方は、かかりつけ医からの診療情報提供書をお願いします。

- ◆ 在宅サポート入院を利用する際は、原則 3 日前までに地域医療連携部に FAX をお願いいたします。
急な相談にも可能な限り対応いたします。
- ◆ 入院する日は、原則月曜日から金曜日まで（祝祭日除く）です。
- ◆ 入院時必要物品
健康保険証 介護保険証 処方薬（利用日数分を必ずご持参ください）