

フリガナ 患者氏名	様	男・女	生年 月日	明・大・昭・平・令和 年 月 日 (歳)
当院受診科	依頼医師名			
当院での受診歴	無 ・ 有 ・ 不詳	当院診察カード番号		
転院手続き担当者(ベッドコントロール)	/	当日担当医		
貴病院情報	貴院名 所在地	貴病院連絡窓口 担当者 TEL		
主訴または、 病名・病状			転院月日： 月 日 ()	到着時刻： 場所：
転院目的			入院病室：	
住所	〒 —	電話（自宅）	- -	（携帯） - -
○保険情報	○高齢者情報		○公費情報	
保健番号	負担者番号		負担者番号	
記号	番号	受給者番号	受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	負担割合	割	
	生活保護者（生活保護者の場合は、○印をしてください）			
ADL	ベッド上（ストレッチャー） ・ 車椅子移動可能 ・ 歩行可能			
搬送手段	個人自家用車・タクシー・民間介護タクシー・救急車・その他（ ）			
当日の付添者	あり（ ） ・ なし			
ベッドの希望床 (なるべく第3希望まで 聞いてください。)	差なし・差有4人¥6,600・個室B¥19,800・個室A¥23,100・特別室¥55,000			
	第1希望	差なし4人・差有4人・ 個室B・個室A・特別室		
	第2希望	差なし4人・差有4人・ 個室B・個室A・特別室		
	第3希望	差なし4人・差有4人・ 個室B・個室A・特別室		
事前に準備するもの	事前に準備する器械・用具があればご記入ください（点滴スタンド、酸素、褥瘡予防マットなど）			
備考	何か特記すべき患者情報があれば、ご記入ください			