

<短期入院申込書>

FAX番号 0572-55-7776

事業所名:

御担当者名:

電話番号:

FAX番号:

申込日:年.....月.....日.....

ご利用者名	様
生年月日	T・S・H 年 月 日
性別	男・女
住所	
電話番号	(本人)
	(家族)
入院希望日	年 月 日 ~ 年 月 日

- ◆ 初めての方や病状に変化があった場合などは、再度診療情報提供書を提出していただくようお願いいたします。
- ◆ 再利用の方でADLの変化がある場合は、再度ADL評価表の作成をお願いいたします。
- ◆ 短期入院を利用する際は、原則2週間前までに入退院支援センターに連絡のうえ、FAXをお願い致します。

〒50-55-2111
岐阜県土岐市肥田町浅野 1078-200
JA 岐阜厚生連
公立東濃中部医療センター
患者サポートセンター 入退院支援センター
TEL 0572-55-2111
FAX 0572-55-7776