

FAX 03-5261-4738

JCHO 東京新宿メディカルセンター  
開放型病床入院依頼書【診療情報提供書】

年 月 日

患者氏名	(フリガナ) -----	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
現住所	電話 ( ) -	職業
入院希望日	年 月 日 ( )	診療科
傷病名 (入院目的等)		
症状 治療経過		
現在の処方		
その他 留意点等	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒しやすい <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 感染症 ( )	
紹介元 医療機関	(医療機関名)  (所在地・電話)  (医師氏名)	

- ・ 貴院診療情報提供書の添付の場合は太枠内のみご記入ください。
- ・ FAX 到着後、折返しお電話でご連絡します (緊急の場合は直接ご連絡ください)。
- ・ お問い合わせ先: 患者サポートセンター 03-3269-8115 (月～金 8:30～17:00) .