

依頼日	年 月 日
ID. NO	
氏名	
生年月日	年 月 日

入院年月日	年 月 日
科/病棟	
入院時間	
コメント	

依頼科/医師

受付年月日	年 月 日
-------	-------

入院申込書

令和 年 月 日

地方独立行政法人 埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長 様

申込者氏名

次のとおり申し込みます。

入院患者氏名	
入院患者住所	
入院患者電話番号	()
過去3ヶ月間の入院の有無	過去3ヶ月間に病気で入院していたことが ある ・ ない ※あると答えた方は別紙に記入をお願いします。

上記以外の連絡先

氏名等	
電話番号	()
入院患者との関係	

以下の注意事項についてご確認のうえ、チェックボックスにチェックを入れてください。

- 入院中、ベッドの調整や治療の都合で病棟または部屋を移動することがあります。
※有料・無料にかかわらず、病棟や部屋の希望に沿えない場合があります。

承認

病院長	担当

別 紙

過去3ヶ月間に入院歴があります。

患者氏名	
入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
医療機関	当センター ・ 他医療機関 (医療機関名) どちらかに○をしてください。
疾患名	

ID No.	
受付年月日	年 月 日
入院年月日	年 月 日
科/病棟	