

自動車事故重度後遺症障害者短期入院依頼書（FAX送信票）

市立長浜病院
地域医療連携室 宛

年 月 日

以下の内容で貴院に短期入院を申し込みます。

紹介元医療機関名・医師氏名	TEL () -
	FAX () -

ふりがな		性	
患者氏名		男 女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	電話番号 ()	-
住 所	〒 -	携帯番号	- -

入院希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日
疾患名	1 2 3
現在の状態	
入院目的	
個室の利用	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない

<p>対象者：自動車事故により、脳挫傷・脊髄損傷を生じ重度の後遺症障害者の方で、独立行政法人自動車事故対策機構が認定する介護料の受給者で、医学的管理のもとで適切な診察や検査、在宅介護の支援が必要な方</p> <p>入院期間：1回あたり14日以内（年間45日以内）</p>

<p>市立長浜病院 患者総合支援センター 地域医療連携室</p> <p>FAX (0749) 65-2730</p> <p>TEL (0749) 65-2720 (直通)</p> <p>68-2300 (代表)</p> <p>【受付時間】</p> <p>・午前8時30分～午後5時15分まで</p> <p>(時間外・休診日は、翌診療日の返送になります。) 担当者 尾崎</p>
--