

入院患者票

☆印太枠内を記入して下さい。

フリガナ		性別		年齢	
氏名		昭和 平成 令和	年	月	日生
認番	GMA	階級		職種	
所属	駐屯地又は基地名 () 電話(内線) (- -)				
営内外区分	営内・営外 (どちらかに○)				
現住所	〒 電話 (- -)				
	都道 府県	区 市 郡			
連絡先 (留守 担当者)	住所				
	氏名	電話 (- -) 続柄 ()			
入院年月日	令和 年 月 日				
	入院予定時刻 (:)				
退院年月日	令和 年 月 日				
備考	<p>* 本票は、病院での診断用に使用するのみで、個人情報保護法等の関係規則により、ほかの目的では使用いたしません。</p> <p>* 記入事項はわかる範囲で結構です。また、事後判明した時点、変更した場合は当院医事課 (098-857-1155 (内線3919)) までご連絡ください。</p>				
確認欄	車両の乗り入れ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (申請含む)				