市立根室病院　地域医療連携課　宛　　〔FAX（0153）24-4001〕

転 院 調 整 申 込 書

年　　月　　日

紹介元医療機関 様

希望診療科

所 在 地

医療機関名

ご担当医

〒087-8686　　根室市有磯町１丁目２番地
市立根室病院　地域医療連携課
TEL 0153-24-3201（内線：2162）

ＴＥＬ
ＦＡＸ
【担当者　　】

フリガナ				住所　〒　　-		
患者氏名	様　男・女					
生年月日	大･昭･平･令　年　月　日（　歳）			電話　　-　　-		
保険者番号				公費負担番号		第１公費
記号		番号		受給者番号		
				公費負担番号		第２公費
被保険者との続柄	本人　・　家族			受給者番号		

●ご希望の病室

・第１希望【　　】　・第２希望【　　】　・第３希望【　　】

①一般病室

②特別室
11,000円

③個室Ａ
（トイレ・シャワー付）
3,300円

④個室Ｂ
（トイレ付）
2,200円

※病状、病床の空き状況によってはご希望に添えない場合があります。

※希望した病室に入床された場合でも、病棟の状況により移動をお願いする場合があります。

●来院方法

【　　】

●当日、同行予定の方および続柄

【　　】

分かり次第ご報告お願いします