中和抗体療法入院患者申込書

地域連携室 宛

FAX 045-432-1118

TEL 045-432-1111(代)

 医療機関名称:

 所 在 地:

 ご 連 絡 先 :

 ご 担 当 医 :

入院希望前日 14 時までに電話連絡をしてから FAX して下さい。

患者基本情報

しめい 氏名	ふりがな ()
生年月日	т•ѕ•н	年	月	日(歳)	性別	男・女
感染症発生届	□ 済 (発生届が		•	て治療がで	できませ	んのでご	注意下さい。)
紹介状	患者様におる場合は紹介を		-				が来院されていない い。
住所※1	₹						
電話番号※2							
特記事項(基礎疾患等)	□現在治 筋症な □高度慢 □肥満(□治療中 □免疫低	吸器疾患 療が と 管 BMI30 の 下 KHIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV、 が HIV が HIV が	(気管支 な重度の i(GFRが3) i瘍(手術: ステロイ 原発性免疫	0 未満が目 、抗がん済 ド等の免疫	安) など治	寮期間を	伴う冠動脈疾患、心 終えたものを除く) 器移植後、血液・骨

- ※1) 患者住所は搬送車両の送迎場所になります。お住まいと送迎場所が異なる場合は特記 事項にご記入ください。
- ※2) 電話番号は必ず患者に繋がる番号をご記入ください。

- ご持参いただくもの
 - ① 印鑑 ②保険証 ③診察券(当院のお持ちの方) ④お薬手帳
 - ⑤パジャマ ⑥フェイスタオル、バスタオル ⑦ティッシュペーパー
 - ⑧履物(転倒防止のためかかとのある運動靴など)
 - ⑨義歯がある人はケース ⑩洗面用具(歯ブラシセット、洗顔剤など)
 - ①下着、肌着類 ②電気カミソリ(男性) ③お金(高額は不要)
 - ⑭Wi-Fi(院内に Wi-Fi 環境はありません。) ⑮羽織るもの(寒い時など)
 - *入院が延期することもありますので特に下着、肌着など必要な物は1週間分程 度と多めに持参ください。

(ご家族等が追加分の物を持参いただけるなら不要です。)

- 入浴・シャワー
 - 1泊2日入院の場合には原則できません。
- 病院から提供できるもの
 - ① 部屋には、備え付けの冷蔵庫とテレビがあります。(料金不要)
 - ② 歯磨き用のコップ(退院まで個人で管理してください)

