**入　院　報　告　書**

　以下のとおり、在宅療養あんしん病床登録事業において、登録患者が登録受入医療機関に入院しましたことを、お知らせいたします。

（下記、必要事項を記入し、岐阜県医師会　在宅療養あんしん病床登録事業係　まで郵送してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 記　　入　　日 | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 患　者　氏　名 |  |
| 生　年　月　日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当医師名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入院医療機関 |  |
| 入院日 | 平成・令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 退　院　日 | 平成・令和　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 入院理由 |