

有馬温泉病院 お問い合わせメモ

お問い合わせの際に必要な情報を書き込めるシートをご用意しました。印刷してメモとしてお使いください。

お問い合わせをする方についてお伺いします。(連携室からは電話での連絡になります)		
お名前は？		
患者様とのご関係は？		
日中の連絡先は？		
入院を希望される方についてお伺いします。		
有馬温泉病院に入院していたことがありますか？	ある ない	
病院見学を希望しますか？	はい いいえ	
今回の入院の目的は？	リハビリ 主病名の療養をしたい 短期入院(ショートステイ) 外来通院	期間:
いま、どこに入院・入居していますか？	自宅で療養中 他の病院に入院中 他の病院へ通院中 専門住宅(施設等)に入居中	病院・施設名: 担当者名:
いまどのような状況ですか？ 相談員にお伝えしておきたいことはありますか？		
病名は？		
既往歴・合併症は？		
退院後の予定は？	在宅 他の病院へ 施設へ	
入院する病棟の希望についてお伺いします。		
介護保険はお持ちですか？ (介護病棟への入院可否)	ある ない	
性別・年齢は？ (空き病室の調整)	男性 女性	才
希望する病室は？	総室(室料なし) 準個室(室料あり) 個室(室料あり) 特別個室(室料あり)	
入院費のご負担者は？	ご本人 家族 その他(保険会社等)	

メモ

〒651-1401 兵庫県神戸市北区有馬町1819-2
医療法人甲風会 有馬温泉病院 地域医療連携室
電話:078-904-3321 / FAX:078-904-0172