

申請日 年 月 日

この申込書で登録する情報を、私を担当する医療・介護関係者が確認することや利用することに同意します。

署名（本人）

（代理人）

（関係）

① 患者

ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	横須賀市		
連絡先	自宅	携帯	

② 本人以外の連絡先

ふりがな 氏名	（関係）		
連絡先	自宅	携帯	

☆入院支援協力病院一覧（かかりつけ医と相談のうえ○をつけて下さい）

病院名	受診歴	入院希望
湘南病院	有・無	
自衛隊横須賀病院	有・無	
聖ヨゼフ病院	有・無	
横須賀共済病院	有・無	
よこすか浦賀病院	有・無	
パシフィックホスピタル	有・無	
久里浜医療センター	有・無	
横須賀市立うわまち病院	有・無	※
衣笠病院	有・無	※
横須賀市立市民病院	有・無	※

入院を希望する病院に
○をつけてください。

※在宅療養後方支援病院の
登録は1病院となります。

かかりつけ医記入欄（診療所ゴム印可）

診療所名		医師名	
連絡先			
備考			