入院申込書

フリガナ 患者氏名		男 女	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日　　歳
住　所	〒 TEL:　　(　　)		
日中連絡先	※入院日時等の連絡を致します		
保　険	社保 ・ 国保 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 労災 ・ 事故 ・ 自費		
	重度心身障害者医療費助成受給者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 減額認定証		
希望する病室	個室A ・ 個室B ・ 個室C ・ 個室D ・ 二人部屋 ・ 大部屋		
入院時送迎	希望する（ 寝台車 ・ 車椅子 ） ・ 希望しない		
身体障害者手帳	あり （　　種　　級） ・ 申請中 ・ なし		
介護保険	あり （要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５ ） ・ 申請中 ・ なし → ありの場合： 担当ケアマネジャー （事業所名　　） （氏名　　）		

◆当院は基準看護ですので付添いをつけることはできません。（但し、病状により許可される場合もあります。）
また、病状により病室を移動していただく場合もありますのでご了承下さい。

同居家族氏名	続柄	年齢	職業（勤務先）	健康状態

医師からの病状説明や今後について等、患者様に関して相談のできる方	フリガナ 氏名		続柄	就労（ 有 ・ 無 ）
	住所	TEL:　　(　　)		

◎退院後の生活について、不安な事、お困りの事がございましたらご記入下さい。

◆入院に際して、下記事項を守ることを保証人としてお約束いたします。
1. 入院中は諸規則を守り、本人に関わる一切の身上を引受け、診療に関しても医師及びその他の職員の指示に従い一切をお任せします。
2. 諸費用は所定の期日までに支払います。

保証人氏名	㊞	続柄		年齢	歳
現住所		TEL	(　　)		

(14.9Ver)