

入院申込書

フリガナ		男	明治 大正 昭和 平成							
患者氏名		女		年	月	日	歳			
住 所	〒									
	TEL: ()									
日中連絡先	※入院日時等の連絡をいたしま									
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	回復期病棟(個室C・二人部屋・大部屋) 療養病棟(個室S・個室A1・個室A2・個室B・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			続柄	就労(有・無)
	氏名				
	住所				
TEL: ()					
◎退院後の生活について、不安なことやお困りのことがございましたらご記入下さい。					

- ◆私(連帯保証人)は、上記入院に関して下記事項を遵守することを誓約いたします。
- 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。
 - 入院料その他諸費用について、連帯してその責を負います。
- 令和 年 月 日

連帯保証人	氏名(自署)		続柄		年齢	歳
	住所		TEL		()	
	極度額	50万円(保証の上限額)	勤務先			

◆ご提供いただいた個人情報は、当院の規定に基づき安全かつ厳重に管理し、本件以外には使用いたしません。