

回
一般

入院申込書

(ご本人またはご家族がご記入ください)

医療法人 石和温泉病院

患者 I D	※				受付日	※ 平成 年 月 日				
フリガナ					明大昭平	満	才	男・女		
患者氏名						年	月	日生	職業	
住 所	〒									
*TEL	〔自宅〕 ()			〔携帯〕 ()						
連絡先	フリガナ氏名	続柄			勤務先	名称				
	住所	〒			TEL	()				
	TEL	()			携 帯	()				
入院についてのご連絡	1. ご本人 2. 連絡先 3. その他 ()									
診療費区分	健保本人	健保家族	国保	前期・後期 高齢者 (割)	生保	労災	交通事故 自賠・保険証	その他		
希望する病室	第一希望に◎、第二希望に○をおつけ下さい					※症状に合うお部屋を優先させていただきます。 ※空き状況によってはご希望に添えない場合もございます。 ※3.4.5の病室は自立の方のみとさせていただきます。				
	1. 大部屋	2. 個室 B	3. 個室 A	4. 2人部屋	5. 3人部屋					
入院の理由	◆入院して一番治療を受けたいところ、等を記入して下さい。									
以前入院した ことのある 病 院	◆複数ある場合は最終の入院についてご記入下さい				入院 期間	年 月 日 から				
	病 院	病 名		年 月 日 まで						
体 格 そ の 他	身長	体重		いびき	かく ・ かかない □ 大・中・小・時々					
家 族 構 成	① 配偶者	有 ・ 無	年齢	才	同居・別居	職業				
	② 子 供	男 人	女 人	→ 内、同居の子供 (男 人, 女 人)						
	③ 兄 弟	兄 人	姉 人	弟 人	妹 人	→ 内、同居の方 (兄・姉・弟・妹)				
	入院中の責任者: 氏名 [] 続柄 [] TEL []									
現在の状況	1. 自宅 2. 入院中 3. その他 []									
退 院 後	退院後の生活 1. 自宅 2. 自宅以外 () 3. 回復状況による									
	直接介護する方 氏名 [] 続柄 []									
身障者手帳	有 [種 級] ・ 無 ・ 申請中			介護保険	有 [介護度] ・ 無 ・ 申請中					
紹 介 者	住所									
	氏名 [] ご関係 []									

〔太枠内のご記入をお願いいたします〕

判 定 状 況	※	主治医	病 室	看 護 師
		Dr. ()		
		決 済 日		
		年 月 日		
	入院予定日			
	年 月 日 ()			
	可 ・ 不可			

〔※印は病院記載欄〕