

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
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
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 cm	体重 kg	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〕