

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	※ 西暦 年 月 日			
フリガナ				大昭平	満	才	男・女	
患者氏名					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 其他	
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。 ※空き状況によりご希望に添えない場合がございます。 ※2.3の病室は回復期病棟対象者が優先となります。 ※3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					
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 [ ]		CSセットの希望 ⇒ あり ・ なし		
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 ( / )				

〔太枠内のご記入をお願いいたします〕

〔※印は病院記載欄〕