

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	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。 ※空き状況によりご希望に添えない場合がございます。							
	1. 大 部 屋		2. 2 床 室		3. 個 室 B		4. 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 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			
	cm	kg						
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 ()				
			不可 (/)					

〔天枠内のご記入をお願いいたします〕

〔※印は病院記載欄〕