

回  
・  
一般

# 入院申込書

医療法人 石和温泉病院

患者ID	※			受付日	※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] ( )							
入院中の責任者 第1連絡先	フリガナ氏名	続柄			勤務先	名称		
	住所	〒			TEL	( )		
	TEL	[自宅] ( ) [携帯] ( )						
第2連絡先	フリガナ氏名	続柄			[携帯] ( )			
保険証種類	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
	介護保険 有 [ 要介護 要支援 ] ・ 無 ・ 申請中							
身障者手帳	有 [ 種 級 ] ・ 無 ・ 申請中			難病受給者証	有 ・ 無 ・ 申請中			
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)					
入院の病名								
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 [ ]							
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				
CSセットの希望	あり (Aプラン・Bプラン・Cプラン・おむつプラン) ・ なし							
紹介者	氏名 関係 [ ]							
判定状況	※			主治医	病室	看護師		
				Dr. ( )				
	可・不可 ( / )			決済日	年 月 日 ( )			

〔天枠内のご記入をお願いいたします〕

〔※印は病院記載欄〕