

# 入院申込書

この入院申込書に記入し、医師の診療情報提供書を添えて郵送又はFAXして下さい。

受付年月日 令和 年 月 日

フリガナ			大正・昭和・平成・令和	年 齢
患者氏名	⑩ 男 女	生年月日	年 月 日生	歳
現住所	〒 -	患者連絡先	自 宅 携 帯	- - - -
保 険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 前高 <input type="checkbox"/> 後高 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他( )			
希望病室	<input type="checkbox"/> 特別室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> サイバーナイフ(室料あり)			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中(病院及び病棟名: 病院 病棟)		無料寝台車送迎を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	<input type="checkbox"/> 自宅待機中			
	<input type="checkbox"/> 施設入所中( )			

◎上記以外の連絡先(※上記連絡先につながらない場合、下記へ連絡させていただく事がございます)

① 住所	続 柄	連絡先1:	-	-
氏名 ( 歳)		連絡先2:	-	-
② 住所	続 柄	連絡先1:	-	-
氏名 ( 歳)		連絡先2:	-	-
お世話される方の不安: <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 仕事あり <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 家事多忙) <input type="checkbox"/> なし				
退院先(現在の希望): <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族・親族宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設・障害者福祉施設 <input type="checkbox"/> その他( )				

◎生活情報(※今までの患者様の状況について、もしよろしければお答えください)

現在の職業	過去の職業
入院前の生活	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり(誰と)( )
入院前の住まい	<input type="checkbox"/> 持ち家( <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション[ 階]) <input type="checkbox"/> 賃貸( <input type="checkbox"/> アパート[ 階] <input type="checkbox"/> マンション[ 階] <input type="checkbox"/> 社宅/寮[ 階]) <input type="checkbox"/> 公営(公団)住宅[ 階] <input type="checkbox"/> 施設(施設名: )
身のまわりのこと	<input type="checkbox"/> 自立(自分で出来ていた) <input type="checkbox"/> 家族の支援を受けていた <input type="checkbox"/> 公的サービスを利用
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定済み(要支援[ ]・要介護[ ]) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> まだ手続きしていない
※介護サービスを利用されていればその内容、病院への要望や心配事などがあれば下記にご記入ください。	

保証人	( 歳) ⑩	職 業	続 柄
現住所	〒 -	連絡先	- -

医療法人 景雲会 春日居総合リハビリテーション病院 院長 殿

記入者: 患者本人・配偶者・子ども( )・その他( )

TEL 0553-26-4126(代)/FAX 0553-26-4366  
統括医療連携部 直通TEL 0553-26-4127/FAX 0553-26-4137  
サイバーナイフセンター 直通TEL 0553-26-6661/FAX 0553-26-6664