

穂高病院長殿

入院申込書

申込者氏名 _____

フリガナ		性別	生年月日	年齢				
患者氏名		男・女	M・T S・H 年 月 日	歳				
フリガナ	〒 _____							
住 所	_____ Tel. () _____							
連絡先 1	住所	続柄	自宅 Tel. ()					
	氏名		携帯 Tel. () 勤務先 Tel. ()					
連絡先 2	住所	続柄	自宅 Tel. ()					
	氏名		携帯 Tel. () 勤務先 Tel. ()					
医療保険 公費医療	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他(労災・交通事故) <input type="checkbox"/> 生活保護 (担当者 _____) <input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 身体障害者手帳 ・有 ・無 ・申請中 (障害名 _____ 種 級) <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 区分1 区分2 <input type="checkbox"/> 指定難病(番号 _____ 負担額 _____)		介護保険：・有 ・無 ・申請中 介護度(支1支2・介1・2・3・4・5) 有効期限(年 月 日まで) 居宅事業所(_____) (担当者 _____ Tel. _____) <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 あり なし (段階)					
年金加入	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生(共済) <input type="checkbox"/> 障害<国民・厚生> <input type="checkbox"/> その他(_____)							
世帯住民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税							
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他(_____)							
家族図		氏名	続柄	性別	年齢	職業	備考	
同居家族								
利用しているサービス	<input type="checkbox"/> ディ・ディケア(週 _____ 回) <input type="checkbox"/> ヘルパー(_____ 回/日 _____ 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 _____ 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(月 _____ 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル(_____) <input type="checkbox"/> その他							
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(_____) <input type="checkbox"/> 施設(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____) (担当者 _____) (担当者 _____)							
退院後行先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他							
当院以外の 申込先	(_____) (_____) (_____) (_____) (_____) (_____)							
申込理由・入院中に希望する事(なければ結構です)								
備考								