

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<br>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 ( )<br>勤務先 Tel ( )   |    |    |    |    |
| 連絡先 2                    | 住所   | 続柄  | 自宅 Tel ( )  |    |    |    |    |
|                          | 氏名   |     | 携帯 Tel ( )<br>勤務先 Tel ( )   |    |    |    |    |
| 医療保険<br>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<br><input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他(労災・交通事故)<br><input type="checkbox"/> 生活保護 (担当者 )<br><input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証<br>身体障害者手帳 ・有 ・無 ・申請中<br>(障害名 種 級)<br><input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証<br><input type="checkbox"/> 指定難病(番号 負担額 ) |     | 介護保険：・有 ・無 ・申請中<br>介護度(支1支2・介1・2・3・4・5)<br>有効期限( 年 月 日まで)<br>居宅事業所( )<br>(担当者 Tel )<br><input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証<br>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)<br><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)<br><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( )<br>(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<br>申込先             | ( ) ( ) ( )<br>( ) ( ) ( )   |     |   |    |    |    |    |
| 申込理由・入院中に希望する事(なければ結構です) |  |     |   |    |    |    |    |
| 備考                       |  |     |   |    |    |    |    |