

渡辺病院 入院申し込み書

記入日	年 月 日	申込者氏名		
フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名				
住所	〒		電話番号	
介護保険認定	未申請・申請中・申請済み	要介護認定結果	自立・要支援()・要介護度()	
担当ケアマネジャー	事業所名	氏名	電話番号	
身体障害者手帳	有・無	部位	級	
病歴(病気、発症日、手術、怪我等)				
現在の居所				
入院希望される理由				
①病状的に自宅では介護が困難なため ②独居で介護者がいないため ③介護者が病弱・高齢等で介護が困難なため ④その他(
①自宅で生活する ②その他の病院を申し込んでいる () ③介護保険施設(特別養護老人施設)申し込んでいる () ④介護保険施設(老人保健施設等)申し込んでいる () ⑤その他 ()				
当院入院し、退院された後どのようにされますか？(退院後の希望等)				
①自宅で生活する ②その他の病院を申し込んでいる () ③介護保険施設(特別養護老人施設)申し込んでいる () ④介護保険施設(老人保健施設等)申し込んでいる () ⑤その他 ()				
月々の自己負担額(入院費等)の上限をお聞かせください			万円まで	
第1連絡先	氏名	住所	〒	
	電話番号 (自宅)		(携帯または日中の連絡先)	
第2連絡先	氏名	住所	〒	
	電話番号 (自宅)		(携帯または日中の連絡先)	
家族構成	氏名	続柄	年齢	住所

* 下記は記入しないで下さい

入院申し込み受付日	年 月 日	入院受け入れ判定	可・否
			年 月 日付け

入院申し込み時に必要な書類

診療情報提供書・看護サマリー