

入院申込書

■入院者(患者)

フリガナ		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生 ()歳
患者氏名	(男・女)			
住所	郵便番号〒	-	電話番号 ()-	-
			携帯番号 ()-	-

■連絡先(ご家族等)

フリガナ	続柄	フリガナ	続柄
氏名	年齢 ()	氏名	年齢 ()
住所	郵便番号〒	住所	郵便番号〒
電話番号	()-	電話番号	()-
携帯番号	()-	携帯番号	()-
勤務先	電話()-	勤務先	電話()-

■入院者(患者)の情報

保険証・資格証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 自賠責
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給者証 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法による障害支援区分 (区分) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)
	<input type="checkbox"/> 介護保険 (<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)) <input type="checkbox"/> 事業対象者
居宅介護支援事業所: 担当ケアマネジャー氏名:	
入院希望日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 出来るだけ早く入院したい
希望される病室	病室 <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 二人 <input type="checkbox"/> 四人 (病状やその他の状況でご希望に添えない場合があります 一人部屋、二人部屋をご希望の場合は室料差額が発生します)
希望する退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> なし(独居) <input type="checkbox"/> その他()
主な介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()
主な介護者の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他())
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医療機関名:)
自由記載 (入院リハビリのご希望や 心配事など)	

[注]1.入院の可否については、入院検討委員会後にご本人あるいはご家族、紹介元医療機関にご連絡致します。2.診療情報提供書は現在診療を受けている医師に記入していただいで下さい。3.いただいた個人情報当センターへの入院の可否について検討、および患者さんの医療や介護を円滑、かつ安全に行うためのものです。この目的以外には使用しません。4.入院される病棟につきましては、患者さんの疾患や病状、病棟の機能や空床状況等により検討し、ご相談させていただきます。

※以下は記入しないで下さい。

入院日 年 月 日 ()	受付日 20 年 月 日	受付者		
	<input type="checkbox"/> 回復期病棟 <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 療養病棟 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 指定療養介護 <input type="checkbox"/> 障害者施設 <input type="checkbox"/> 不可(理由:)	入院病棟	主治医	転棟予定日→転棟
リハセンターID番号				
入院検討結果報告 20 年 月	報告者名	同意者		