

入院申込書

ふりがな 患者氏名	様 (男・女)	生年月日(M・T・S・H)	年	月	日	歳
住所 〒	電話 ()					
保険の種類	健保(本人・家族)・国保(本人・家族)・労災・自賠責・生活保護					
希望する病室	特別室(8400円/日)・個室(4725円/日)・大部屋(5人・6人)					
連絡先	氏名 (続柄)	電話				
	住所 〒					
支払者	氏名 (続柄)	電話				
	住所 〒					
ご本人の現在の職業						
ア. 会社員 イ. 公務員 ウ. パートタイマー エ. 主婦業 オ. その他() カ. 発症後退職した キ. 無職						
*今後の予定(ア~オの方)						
ア. 仕事を続ける イ. 退職予定 ウ. 未定 エ. その他()						
家族状況						
ア. 独居 イ. 家族と同居 ウ. その他()						
現在利用している制度						
ア. 介護保険(要支援・要介護____) イ. 身体障害者手帳()級 ウ. 精神保健福祉手帳()級 エ. 高額療養費貸付制度・委任払い オ. 重度心身障害者医療費助成制度 カ. 特定疾患医療受給者証 キ. その他()						
現在心配なこと						
有	ア. 経済的なこと イ. 仕事 ウ. 介護について エ. その他()					
無						
現時点で当院(甲州リハビリテーション病院)を退院後の予定						
ア. 自宅 イ. 別居していた家族との同居 ウ. 病院や施設 エ. 未定 オ. その他()						

記入者: 患者本人・配偶者・子供()・その他()

甲州リハビリテーション病院

TEL 055-262-3121

FAX 055-262-3727