

## 入院 申 込 書

ふりがな 患者氏名		(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 ・ 国保 ・ 後期高齢者医療 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 生活保護						
希望する病室		・ 特別室 (10,500 円/日) ・ 2床室 (2,625 円/日) ・ 個室 (4,725 円/日) ・ 大部屋 (5人・6人)						
連絡先	氏名 (続柄)		電話 ①		②			
	住所 〒							
支払者	氏名 (続柄)		電話 ①		②			
	住所 〒							
①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 ( )								
②家族状況								
ア. 独居 イ. 家族と同居 ウ. その他 ( )								
③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. 限度額適用認定証 エ. 限度額適用・標準負担額減額認定証 オ. 精神保健福祉手帳 ( ) 級 カ. 高額療養費貸付制度・委任払い キ. 重度心身障害者医療費助成制度 ク. 特定疾患医療受給者証 ク. その他 ( )								
④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								
⑤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