

入院申込書

ふりがな		生年月日		
患者氏名	印	明・大・昭・平	年	月
		(歳)		日
				男・女
現住所	(〒)			
	電話番号 ()			
保険の種類	健保 ・ 国保 ・ 後期高齢医療 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 生活保護			
希望病室	個室 (4,000 円/日) ※税別		4 人部屋	
入院希望日	平成 年 月 日			
緊急連絡先	住所 (〒)			
	氏名 (続柄) 電話番号 ()			
*現在利用している制度 ※番号に○をつけてください。				
①. 介護保険 (要支援 _____ ・ 要介護 _____) ②. 身体障害者手帳 () 級 ③. 限度額適用認定証 ④. 限度額適用・標準負担額減額認定証 ⑤. 精神保健福祉手帳 () 級 ⑥. 高額療養費貸付制度・委任払い ⑦. 重度心身障害者医療費助成制度 ⑧. 特定疾患医療受給者証 ⑧. その他 ()				
*現在の生活環境				
①. 医療機関入院中 (_____ 病院) ②. 施設等入所中 (_____) ③. 自宅 ④. その他 (_____)				
*家族状況				
①. 独居 ②. 家族と同居 ③. その他 (_____)				
*現時点での退院後の予定				
①. 自宅 ②. 自宅以外での家族宅で同居 ③. 病院や施設 ④. 未定 ⑤. その他 (_____)				
保証人	住所 (〒)			
	氏名 (続柄) 電話番号 ()			

医療法人社団 箭本外科整形外科医院
 〒400-0024 山梨県甲府市北口3-1-1
 TEL 055-253-3532
 FAX 055-251-0483