

入院申込書

※本入院申込書の他に、診療情報提供書(紹介状)、別紙の医療機関記載ADL表を添付して下さい。

フリガナ			男・女	生年月日	大正昭和 平成	年	月	日
患者氏名	(才)							
住 所	(〒 -)							
	電 話	- -		携 帯	- -			
診 療 費 支 払 区 分	☐ 社保 本人	☐ 社保 家族	☐ 国保 一般	☐ 高齢 医療	☐ 生保	☐ 労災	☐ 自動車 保険	その他 ()
	☐ 医療費助成証 (☐ 有 ☐ 無)				職 業			
退 院 時 引 受 人	住 所	(〒 -) 電話 - -						
	フリガナ				職 業			
	氏 名	(才)			続 柄	患者さんの		
連 絡 先	続 柄				電 話	-	-	
	続 柄				電 話	-	-	
病 室 の 希 望	☐ 有料個室 ☐ 一般室		希望入院日・その他					

◎入院についての自己申告のお願い

これまでの入院について正しく自己申告されないと、保険の入院料の一部が後で自己負担になることがありますので、必ずご記入ください。

1. 貴方はこの3ヶ月以内に病院(保険医療機関)に入院したことがありますか？ << ☐ はい ☐ いいえ >> → <<はい>>の方は次の問いにもお答えください。	
2. 入院先の病院名 [] 電話 []	
3. 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
4. 入院となった主たる病名 []	
5. 上記の入院先以外の病院に入院したことがありますか？ << ☐ はい ☐ いいえ >>	

※ここからは、記入しないで下さい。

受付日	. .	ID						
. .		入 院						
. .		年 月 日 ()						
. .		時 分						
. .		病棟 科						
外来		担当医師						
/ () 科 Dr :		連絡	申込者 / ()					
/ () 科 Dr :			紹介元 / ()					

【入院申請書送付・お問い合わせ先】

〒243-0121 厚木市七沢516番地

神奈川リハビリテーション病院 地域連携室 046-249-2470