有馬温泉病院入院申込書

該当するところを〇で囲んでください。
□太枠内のところをご記入ください。（※欄は不要です）

※受付日	年　月　日

（フリガナ） 患者氏名	男 女	M・T・S　年　月　日生 （　　）歳	
住所	〒（　　－　　） TEL（　　）		職業 （　　）
連絡先①	フリガナ 氏名 住所　〒（　　－　　） 自宅TEL（　　） 携帯TEL（　　）	ご本人さまとのご関係（　　）	
連絡先②	フリガナ 氏名 住所　〒（　　－　　） 自宅TEL（　　） 携帯TEL（　　）	ご本人さまとのご関係（　　）	
保険の種類	健保（本人・家族）　国保（本人・家族）　後期高齢　労災　交通事故　生保　その他（　　）		
介護保険	要支援（Ⅰ・Ⅱ）・要介護（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）・申請中	身体障害者手帳	有（　　級）・申請中・無
	事業所	担当者	
入院目的	入院に対するご家族・ご本人の希望及び退院後の不安など		
今までに有馬温泉病院への入院は	なし　あり →（最終退院　年　月　日）		
かかりつけ医			
退院後の予定	在宅　病院　施設（　　）		
希望病室	総室（室料無し）　準個室（室料あり）　個室（室料あり）		
※総室希望者のみ	テレビ、冷蔵庫のご使用に関して、ご希望される場合は病棟にて別途お申込みください。		
入院ご請求先		・障害年金　（　無し　・　身体　・　精神　）	
記入者氏名	氏名	続柄（　　）	

【入院申し込みの際に得ました個人情報は「個人情報の保護に関する法律」の規定に基づいて取り扱いいたします。】

※入院可否 年　月　日 可・否	入院年月日	年　月　日（　）	AM・PM　時　分
	病室	階　号室	食事形態：
	主治医		昼食・夕食　から
許可病棟	リハビリ病棟・障害者病棟・医療病棟・介護病棟		
主病名		入院期間	ヶ月
リハ病名		相談Dr.	Dr.
リハビリ起算日	年　月　日	対応MSW	

2020.06.01
有馬温泉病院