

入院申込書

この入院申込書に記入し、医師の診療情報提供書を添えて郵送又はFAXして下さい。

受付年月日 令和 年 月 日

フリガナ		明治・大正・昭和・平成・令和	年齢
患者氏名	⑩ 男女 生年月日	年 月 日生	歳
現住所	(〒 -)	患者連絡先 自宅 () 携帯 ()	
保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 前高 <input type="checkbox"/> 後高 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他()		
希望病室	<input type="checkbox"/> 特別室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> サイバーナイフ(室料あり)		
	※右記は回復期リハビリテーション病棟(発症2ヶ月未満)で4人部屋希望の方のみお選びください。 → <input type="checkbox"/> 新病棟(室料あり) <input type="checkbox"/> 旧病棟(室料なし)		
現在は	<input type="checkbox"/> 入院中(病院及び病棟名: 病院 病棟)		無料寝台車送迎を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	<input type="checkbox"/> 自宅待機中		

◎上記以外の連絡先 (※上記連絡先につながらない場合、下記へ連絡させていただく事がございます)

① 住所	続柄	連絡先1: ()
氏名 (歳)		連絡先2: ()
② 住所	続柄	連絡先1: ()
氏名 (歳)		連絡先2: ()
お世話される方の不安: <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 仕事あり <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 家事多忙) <input type="checkbox"/> なし		
退院先(現在の希望): <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族・親族宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設・障害者福祉施設 <input type="checkbox"/> その他()		

◎生活情報 (※今までの患者様の状況について、もしよろしければお答えください)

現在の職業	過去の職業
入院前の生活	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり(誰と)()
入院前の住まい	<input type="checkbox"/> 持ち家(<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション[階]) <input type="checkbox"/> 賃貸(<input type="checkbox"/> アパート[階] <input type="checkbox"/> マンション[階] <input type="checkbox"/> 社宅/寮[階]) <input type="checkbox"/> 公営(公団)住宅[階] <input type="checkbox"/> 施設(施設名:)
身のまわりのこと	<input type="checkbox"/> 自立(自分で出来ていた) <input type="checkbox"/> 家族の支援を受けていた <input type="checkbox"/> 公的サービスを利用
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定済み(要支援[]・要介護[]) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> まだ手続きしていない
※介護サービスを利用されていればその内容、病院への要望や心配事などがあれば下記にご記入ください。	

保証人	(歳) ⑩	職業	続柄
現住所	(〒 -)	連絡先	() -

医療法人 景雲会 春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 院長殿

記入者: 患者本人・配偶者・子ども()・その他()

TEL 0553-26-4126(代)/FAX 0553-26-4366
統括医療連携部 直通TEL 0553-26-4127/FAX 0553-26-4137
サイバーナイフセンター 直通TEL 0553-26-6661/FAX 0553-26-6661