

山村病院 介護療養型医療施設 入院申込書

H 年 月 日

山村病院様

申し込み者(連絡先)

氏名

住所

電話番号

入院したいので、次のとおり申し込みます。

入院希望者の状況	ふりがな				性別						
	ご利用者名				男	女	保険者				
							保険者番号				
	生年月日	大・昭 年 月 日(才)			介護度						
	現住所	〒 -			介護認定期間		平成 年 月 日	平成 年 月 日			
	医療保険・老人医療・障害等	保険証種類				障害手帳		有	無	等級	級
		記号番号						程	度		
医療受給者証/受給者番号							負担割合	割			
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、また今後も他の施設に申し込む予定 *すでに申し込んでいる他の施設名 () () *今後申し込む予定の他の施設名 () ()										
入院を希望する時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 3ヶ月先希望 <input type="checkbox"/> 6ヶ月先希望 (注)ご希望時期に入院可能とは限りません										
身元引受人	ふりがな				性別		生年月日	大・昭 生年月日			
	介護者氏名				男	女	本人との関係				
受入	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)									
	電話番号										
連絡先	ふりがな				性別		生年月日	大・昭 生年月日			
	連絡者氏名				男	女	本人との関係				
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)									
	電話番号										

入院希望の理由

同意書

お申込み後、入院に際しご本人の状態をうかがうために訪問面談させていただきます。これについて同意のサインをお願いします。

(同意欄) 上記の事項について同意いたします。

本人氏名

申し込み者氏名

印