



# 入院申込書

提出用

ID: \_\_\_\_\_

※太枠内を黒ペンでご記入ください。

記載日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

★連絡先①または②のうち、緊急時の連絡先にチェック  してください。

記載者: \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

患者氏名 住所	フリガナ 氏名	男 女	生年月日 M・T・S・H	年 月 日 歳
	住所: 〒			TEL(自宅) TEL(携帯) 職業
連絡先① 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏名	(続柄)	(年齢)	TEL(自宅) TEL(携帯)
	住所: 〒			職業 TEL(勤務先)
連絡先② 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/>	フリガナ 氏名:	(続柄)	(年齢)	TEL(自宅) TEL(携帯)
	住所: 〒			職業 TEL(勤務先)

●「緊急時の連絡先(メールアドレス)登録」についてのお願い  
ご入院手続きの際に詳しい説明をさせていただきますので、当日中にご登録をお願い致します。



● 家族構成を教えてください。

氏名	続柄	同居	氏名	続柄	同居

● 今までの病歴

発症	病名	病院名(かかりつけ病院は○をつけてください)	定期受診
歳			有・無
歳			有・無
歳			有・無
歳			有・無
歳			有・無
歳			有・無

● 入院中にお世話してくれるのはどなたですか?

氏名( )  
(続柄: )

● アレルギーはありますか?

薬品( )  
食品( )  
その他(花粉症や喘息など)  
( )

● タバコは吸いますか?

はい( 本/日) ・ いいえ

● お酒は飲みますか?

はい( 杯/日) ・ いいえ

病院・リハビリに対する希望・思い

部屋希望  個室

病気・ケガをする前の様子

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> その他( )
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りや準備で自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
会話	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 不可

介護保険

未申請  
 申請中(申請日 / / ・ 調査日 / / )  
 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)

居宅名: \_\_\_\_\_  
ケアマネジャー: \_\_\_\_\_  
利用中サービス: \_\_\_\_\_

当院退院後の方向性

自宅  施設  
 その他(記入例: ○○老健施設申込中)  
( )

※ご不明な点がございましたら、アールアンドオー地域医療・介護ネットワーク室 ☎054-275-2755までお問い合わせください。