

入院申込書

※本紙は申込者またはご家族がご記入のうえ、医師が作成した診療情報提供書（紹介状）と併せて提出してください。

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令			年齢	性別
患者氏名			年 月 日	年	月	日	歳
現住所 (連絡先)	〒 _____			TEL :	-	-	
				携帯 :	-	-	
				FAX :	-	-	

記載者氏名及び連絡先

①住所 氏名 TEL : - -	本人との続柄 ()	左記以外の連絡先（携帯電話または勤務先等）
①住所 氏名 TEL : - -	本人との続柄 ()	左記以外の連絡先（携帯電話または勤務先等）

該当する項目の□に☑をつけてください

入院歴 (今回の傷病で入院した医療機関およびその期間) ※必ずご記入ください。	
医療機関名	入院期間
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 自賠責保険(交通事故) <input type="checkbox"/> 生活保護
希望する病室	<input type="checkbox"/> 特別室※ <input type="checkbox"/> 個室※ <input type="checkbox"/> 多床室(6人部屋) <input type="checkbox"/> どの病室でもよい ※差額室料はお問い合わせください。予約は承っておりません。

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり 等級： 級 障害名 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在申請中
介護保険認定	<input type="checkbox"/> あり(更新中も含む)有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在申請中 ・要介護認定(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) ・担当居宅介護支援事業所名《 》 TEL : - -
難病手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在申請中

群馬県利根郡みなかみ町大字石倉198-2

0278(72)5858

医療法人高徳会 上牧温泉病院