

# 障害者病棟入院申込書

国立病院機構福島病院長 殿

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明大 昭平	年 月 日 ( 歳)
氏名					
住所				TEL	
連絡先	氏名	患者との続柄	住所		TEL
	①				
	②				
傷病名		発生年月日	入院期間	手術年月日	病院名
1)		. .	. . ~ . .	. .	
2)		. .	. . ~ . .	. .	
3)		. .	. . ~ . .	. .	
医療機関 紹介元	名称				TEL
	住所				FAX
	診療科				担当医師
健康 保険証	記号番号				保険者番号
	有効期限	年 月 日	保険者名		
公費負担	公費負担制度	受給者番号	有効期間	備考	
	①				
	②				
障害の認定	身体障害者手帳	有 ( 種 級 ) ・ 無 ・ 申請中 ( . . 申請)			
	療育手帳	有 ( ) ・ 無 ・ 申請中 ( . . 申請)			
	精神障害者保健福祉手帳	有 ( 級 ) ・ 無 ・ 申請中 ( . . 申請)			
介護 保険証	有 ( ) ・ 無 ・ 申請中 ( . . 申請)				
	有効期限	居宅介護支援事業所 ( )			
【入院希望理由】					
【退院後の帰住先】 自宅 ・ 施設 ( ) ・ 転院 ( )					
【急変時の治療に対する患者・家族の意向】					
【家族構成とキーパーソン】			【療養上の問題点etc】		