

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 年 月 日 (歳)				昭平			
氏名													
住所							TEL						
連絡先	氏名	患者との続柄			住所				TEL				
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					
保健 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						
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)											
	障害手帳	有 (級) ・ 無 ・ 申請中 (. . 申請)											
保介 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 e t c】							