



入院申込書

JA静岡厚生連
リハビリテーション中伊豆温泉病院長 殿

申込受付日 年 月 日
ID: _____

フリガナ	患者氏名		明大昭	年 月 日生	才	男・女
住所	(〒 _____)		職業	無・有	最寄りの保健所	保健所
自宅電話番号 自宅以外の連絡先	☎ _____	☎ _____	(_____ 様)	身障手帳	無・有	級
農協	非組合員・組合員 (_____ 農協)	保険種別	国保・健保(本人、家族)・労災・生保・老人医療・自費・その他			
発病	年 月 日 (初発)	年 月 日 (再発)	(再発-無ければ記入しなくてもよい)			
当院入院経験	無 ・ 有 (①) 年 月 日 (②) 年 月 日					
現在の病気で以前に入院した他病院						
上記入院の期間		年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日			
患者さんの現在の状態						
自立		部分介助	全介助	備考		
食事衣更		歩行	杖歩行	車椅子	排泄	入浴
移動		歩行	杖歩行	車椅子	排泄	入浴
排入		排泄	入浴	コミュニケーション		
備考						

※ 下記の欄は記入しないで下さい。

入院判定	月 日	判定医	判定内容	可・不可	入院係:
入院日時	年 月 日	時	病室:	号室	主治医:
その他の連絡事項					

下記の欄は現在治療を受けている医師に記入していただいで下さい。

主治医又は紹介医の記入欄	病名	部位	合併症	程度
	関節可動域制限		高度・中	等・軽度
	四肢・軀幹の変形		高度・中	等・軽度
	stage	I・II・III・IV	class	1・2・3・4
	現在までの症状・経過			
住所	(〒 _____)			
医師	病院氏名	☎	平成	年 月 日