

入院申込書

送信日 平成 年 月 日

入院中の生活を安心・安全・快適に過ごしていただくために、下記の間診票にご記入をお願いいたします。

フリガナ 患者氏名 様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	Tel (連絡先)
アレルギー (有・無) 薬剤()・食品()	

入院部屋希望 ※ご希望のお部屋に○印をつけてください。状態によりご希望に添えない場合があります。

第1希望	4人部屋 無料	2人部屋 3000円	個室 7000円	個室 8000円 (洗面台付)	個室 10000円 (洗面・トイレ付)
第2希望	4人部屋 無料	2人部屋 3000円	個室 7000円	個室 8000円 (洗面台付)	個室 10000円 (洗面・トイレ付)
第3希望	4人部屋 無料	2人部屋 3000円	個室 7000円	個室 8000円 (洗面台付)	個室 10000円 (洗面・トイレ付)

病院スタッフの方をお願いいたします。○印をつけてご記入ください。 ※ お部屋代は税別です。

日常生活の状況			
食事	自立()	一部介助()	要介助()
排泄	自立()	一部介助()	全介助()
更衣	自立()	一部介助()	全介助()
歩行	自立()	杖・歩行器等	車いす・ストレッチャー
移乗	自立()	一部介助()	全介助()
褥瘡	無・有(部位: ステージ:) 除圧用具の使用:		
コミュニケーション 認知能力 ・BPSDの有無	可能 ()	不明瞭 ()	不可能 ()
嚥下障害	無 ・ 有(食事形態など:)		

要介護認定の有無	有 : 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) ・ 無 ・ 申請中 居宅介護支援事業所(担当 CM 様)
福外科病院退院後の予定先	自宅 ・ 親せき宅 ・ 医療機関 ・ 施設(申し込み中・検討中) その他()

ご記入担当 様