



緩和ケア病棟（ホスピス聖霊）入院申込書

医療機関名  
 住所  
 部署名  
 担当者名  
 TEL  
 FAX

ふりがな				当院受診歴	あり ・ なし
氏名				ID	□□ - □□□□□□ - □
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	(満才)
性別	男 ・ 女	電話番号	( )	-	
住所	〒 -				

<b>保険種別</b> <small>(該当箇所にチェックを入れてください)</small>	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費
---	---

傷病名					
入院の有無	<input type="checkbox"/> 外来（通院中・訪問診療中） <input type="checkbox"/> 現在入院中				
告知について	<input type="checkbox"/> 告知済 <input type="checkbox"/> 告知未				
生命的予後の見込みについて	( ) ~ ( ) カ月 ※ 具体的な数値をご記入下さい。				
現在の苦痛症状と対応					
ADL		食事		排泄	

面談希望日	第1希望	年	月	日 (火・木)	時頃
	第2希望	年	月	日 (火・木)	時頃
面談に来られる方	氏名 (続柄)				

◇入院申込書は、必ず診療情報提供書と一緒に送付ください

FAX 052 - 832 - 6735 (直通)	TEL 052 - 832 - 1181 (代表)
---------------------------	---------------------------