

独立行政法人国立病院機構盛岡医療センター

重症心身障がい児（者）病棟入院待機登録申し込み用紙

1.入院者情報

入院者氏名： _____ 様

性別： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

診断名： _____

住 所： 〒 _____

掛かり付け病院： _____（主治医： _____）

担当相談支援事業所： _____（担当者： _____）

身元引受人（保護者）氏名： _____ 様（続柄： _____）

住 所： 〒 _____

連絡先：（自宅） _____（携帯） _____

（成年後見人が選任されている場合は下記もご記入ください）

成年後見人氏名： _____ 様（続柄： _____）

住所： 〒 _____（自宅・事務所）

連絡先： _____（自宅・携帯・事務所）

2.入院時期等希望について

- ①早期に入院したい
- ②空床ができたら、入院を検討したい
- ③将来的（数年後）に入院したい。

3.ご意見・ご希望等

※ご記入頂いた個人情報 は 厳重に管理し、入院患者の検討、事務的連絡のみに使用させていただきます。