

※この欄は、記入しないで下さい

令和 年 月 日 入院
2階 一般病棟
3階 (一般 ・ 療養) 病棟
診療科 ()
ID番号 ()

院長	事務長	総師長	会計係長	師長

入院期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日

入院申込書

この度私は、貴院に入院したいので御承認下さい。

なお、入院のうへは、診察、手術、分娩等について一切をお任せすると共に、諸規則及び別紙の事項並びに関係職員の指示事項を固く守り、万一違反したときは、いつ退院を命ぜられても、異議なくこれに従うことを契約します。

令和 年 月 日

現住所 (区)	電話 ()
患者氏名 印	大正 ・ 昭和 年 月 日生 平成 ・ 令和

職業 ()

身元引受及び連帯保証書

上記の者が入院したうへは、連帯保証人が本人の身元並びに、入院申込書の趣意に関する一切の事項を引き受けるとともに、もし本人の指定の日に治療費その他の支払いができないときは、連帯保証人が全責任をもってすみやかにお支払いをし、決して貴院に迷惑はかけません。後日のため連署を持って確約いたします。

令和 年 月 日

連帯保証人	住所 (区)	電話 ()
	氏名 印	大正 ・ 昭和 年 月 日生 平成 ・ 令和
	職業	患者との続柄
連帯保証人	住所 (区)	電話 ()
	氏名 印	大正 ・ 昭和 年 月 日生 平成 ・ 令和
	職業	患者との続柄

<退院等に関する説明書>

当院では、退院後の介護サービス等の導入をスムーズに行うために、医師が必要と認めた場合は、ケアマネージャー等と共同し、介護サービス等連携指導を行いますので、ご了承ください。

<180日を超える入院にかかる特別料金について>

医療法の規定により、一般病棟で長期間(180日以上)入院される場合は、特別料金(自己負担)を徴収させていただきます。

<個人情報の保護に関する説明書>

当院では個人情報保護については、院内掲示等でご案内しておりますが、入院に際し本書による説明を行いますのでご確認ください。

患者様へのサービス及び医療事故防止の観点から、業務を適切かつ安全に行うため、以下のとおり実施しております。

- ① 病室入口に名札を掲示します。 ② ベッドに名札を掲示します。
- ③ 院内では患者様をお名前でお呼びします。(会計窓口含む)
- ④ 来院者から患者様のお問い合わせがあった場合、病室をお知らせします。
- ⑤ 電話で入院中であるかのお問い合わせがあった場合には、お答えしません。

上記のうち、同意しがたい項目がある場合は、その旨をお申し出ください。

お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。

本書提出後、個人情報保護に関するお申し出はいつでも撤回、変更することが可能です。

以上説明について確認しました。 説明を受けた方の氏名 氏名 _____

天草市立牛深市民病院 院長 松崎 法成 様