

※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

入院申込書

天草市立牛深市民病院
院長 松崎 法成 様

この度私は、貴院に入院したいので御承認下さい。
 なお、入院のうちは、診察、手術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ちは、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。(※連帯保証限度額 50万円)

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>

患者様へのサービス及び医療事故防止の観点から、以下のとおり実施いたします。

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はお答えしません。

※ 本書提出後、個人情報の保護に関しては、いつでも撤回・変更することは可能です。

以上の説明について確認しました。

マイナンバー等を利用し限度額適用認定証など、照会することに同意します。

※ 確認・同意のうちは☑をお願いします。

本人・代理人(本人との関係:) 氏名 _____