

※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 ( )
連帯保証人	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 ( )
連帯保証人	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。

- 病室入口に名札を掲示します。
- ベッドに名札を掲示します。
- 院内では患者様をお名前でお呼びします。(会計窓口含む)
- 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。
- 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 \_\_\_\_\_