

# 入院申込書

|      |     |     |                |    |
|------|-----|-----|----------------|----|
| フリガナ |     | 性別  | 生年月日           | 年齢 |
| 患者氏名 |     |     | M T S H 年 月 日生 | 歳  |
| 現住所  | 〒   |     |                |    |
| 自宅電話 | - - | FAX | - -            |    |

**【医療法人好文会あねとす病院 院長殿】**

貴病院に入院するにあたり、貴院の諸規則及び診療・療養上指示されたことを守った上、支払い責任者、連帯保証人ともそれぞれの役割を確認したので入院を申し込みます。

また、下記諸事項を確認のうえ、署名捺印します。

- ① 入院中は、医師・その他病院職員の指示に従います。
- ② 入院料・その他の諸費用については、貴院指定日までに遅滞なくお支払いいたします。
- ③ 病棟・病室の移動については、貴院の指示に従います。
- ④ 保険証・住所等の変更は、遅滞なくお知らせいたします。
- ⑤ 医師より退院の指示があった場合、理由の如何によらず指定の期日までに退院をします。
- ⑥ 検査・緊急の処置を行う必要が生じた場合（身体拘束含む）は、適宜必要な処置を受けることを了承します。
- ⑦ 治療・療養上やむを得ないと判断した場合、身体拘束する可能性があることを了承します。

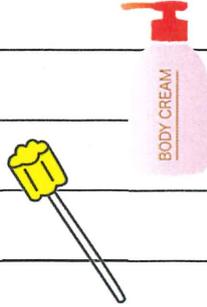
令和 年 月 日

|                                                |     |                                                |     |
|------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------|-----|
| 支 払 い 責 任 者                                    |     | 連 帯 保 証 人<br>(支払い責任者とは異なる住所の方)                 |     |
| 上記の者が入院するにあたり、入院費、その他の諸費用を責任をもって支払うことを誓約いたします。 |     | 入院費、その他の諸費用が万一未納となった場合は、責任をもって私が支払うことを誓約いたします。 |     |
| フリガナ                                           | 続 柄 | フリガナ                                           | 続 柄 |
| 氏 名                                            | (印) | 氏 名                                            | (印) |
| 現住所                                            |     | 現住所                                            |     |
| 自宅電話                                           | - - | 自宅電話                                           | - - |
| 携帯電話                                           | - - | 携帯電話                                           | - - |
| 勤務先                                            |     | 勤務先                                            |     |
| 勤務先電話                                          | - - | 勤務先電話                                          | - - |

連絡先が支払い責任者と異なる場合はこちらへ連絡先等、記入してください。

令和 年 月 日 入院

## ● 入院時にお持ちいただきたいもの

|                                    |                                                                                    |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ウェットティッシュ（必要に応じて）                  |                                                                                    |
| 髭剃り・充電器（男性） ※当院ではUSB端子からの充電はできません。 |                                                                                    |
| 入れ歯・入れ歯入れ・ポリデントなどの洗浄剤（必要に応じて）      |                                                                                    |
| ヘアブラシ マスク                          |  |
| リップクリーム 保湿剤（ボディクリーム）               |                                                                                    |
| 口腔ケアスポンジ（必要に応じて）                   |                                                                                    |
| 上着（必要に応じて）                         |                                                                                    |
| 靴・上履き（つま先・かかとがあるもの 必要に応じて）         |                                                                                    |

飲食物の持込みは主治医の許可が必要です。持込む際は冷蔵庫がございませんのでご注意ください。

病室に金庫がありませんので、貨幣・貴重品の持込はご遠慮下さい。

持ち物には全て氏名（フルネーム）の記入をお願いします。

上着等の私物の洗濯は、ご家族にお願いしています。

業者での洗濯も有料で承れますので、ご相談下さい。



持ち物の  
お名前は  
フルネームで  
お願いします



## ● 入院時に必要な書類

|          |   |
|----------|---|
| 診療情報提供書  | ○ |
| 退院証明書    | ○ |
| 看護サマリー   | ○ |
| リハビリサマリー |   |
| 退院時処方    |   |
| 印鑑       | ○ |
| 保険証類     | ○ |