患者氏名

様

入院日	※ 年 月 日	科別	※ 科
ID	※	病室	※ 棟 階

※病院記入欄

入院申込書

このたびの入院については、病院からの説明を十分理解しましたので、入院を申し込みます。入院後は、病院の諸規則並びに診療上指示されたことを守り、入院に関する患者負担の費用については、病院からの指示があり次第、遅滞なく支払うことを約束します。

※印字されている住所・氏名・電話番号・生年月日を確認願います。

年 月 日

患者ご本人	現住所	〒		
	フリガナ氏名	(印)	電話	
	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	年齢 歳
緊急連絡先	現住所	〒		
	フリガナ氏名	続柄 ()	電話	
連帯保証人	現住所	〒		
	フリガナ氏名	(印) 続柄 ()	電話	極度額 30万円

(注) 連帯保証人は、患者が負担する入院料その他の諸費用について、極度額の範囲内で連帯して保証する。

請求書	<p>入院中の請求書の渡し先 (月末で締めて翌月12日頃に請求書を発行します。退院時には請求書をお渡しします)</p> <p>1. 患者ご本人 2. その他 住所 〒 _____ 氏名 _____ (続柄) _____ 電話番号 _____</p>
<p>診療内容のわかる「診療明細書」を発行しています。 1. 必要 2. 不要</p>	
<p>【保険診療外費用負担に関する同意について】</p> <p>私は、療養に給付と直接関係ない内容及び別紙に掲げるその他のサービス等の提供を受けた場合は、それに係る費用の支払に同意します。 _____ 続柄 _____ 氏名 (本人もしくはご家族) _____ (印) (_____)</p>	
<p>オンライン資格確認システムを用いた限度額認定証の照会に同意しますか。 1. する 2. しない</p>	

広島赤十字・原爆病院長

(記入にあたってのお願い)

- 連帯保証人について、患者ご本人とは別世帯で、独立した生計を営んでいる方を選定してください。
- 入院を申し込むにあたり、患者さんの容態によりご本人からの了承を得ることが困難であるときは、ご家族の了解をもってこれに代えさせていただきます。(患者さんが未成年の場合は、法定代理人である親権者とします。)
- 記入事項に変更が生じた場合は、速やかに届出をお願いします。

【個人情報に関する取り扱い】患者さんの個人情報を、病室やベッドの名札の表示、面会者が来院した場合の対応のために利用することがあります。同意されない場合はお申し出ください。なお、同意されない場合でも、従来と同様に適切な医療を受けられることは変わりありません。