

社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 相澤病院長 殿

入院申込書

この度、社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 に入院するにあたり、医師等からの説明を受け、入院の目的・内容・費用等につき承諾致しましたので、入院の申し込みを致します。

入院者(入院されるかた)					
氏名		男・女	生年月日	明大昭 平令	年 月 日
住所	〒			TEL	自宅 携帯

入院申込人 ※入院者と入院申込人が同じ場合は、以下は記入不要です。					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 申込人の自筆にて署名をお願いします。その場合、捺印は省略しても結構です。申込人の自筆による署名ができないときは記名及び押印をお願いします。 ・ 入院者が記入できない等の場合は、ご家族等の入院を申し込まれるかたがご記入ください。 ・ 入院者が未成年の場合は、親権者のかたがご記入ください。 					
氏名		続柄	生年月日	明大昭 平令	年 月 日
住所	〒			TEL	自宅 携帯
その他 連絡先	〒			TEL	

ご希望確認	
面会制限について ※面会方法については、14 ページをご確認ください	
<input type="checkbox"/> 面会を制限しない	
<input type="checkbox"/> 面会を制限する <input type="checkbox"/> 入院していることを伝えても良い <input type="checkbox"/> 入院していることを伝えないでほしい	※具体的な希望があれば記入ください
個室利用について ※個室料金については、4 ページの料金表をご確認ください	
<input type="checkbox"/> 個室を希望しない	
<input type="checkbox"/> 個室を希望する → 希望上限額(円/日 程度) ※部屋により個室料金が異なります。 ※満室の場合には、ご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください	
寝衣について(病院のリース寝衣 1日 77円)	
<input type="checkbox"/> 寝衣を利用しない	<input type="checkbox"/> 寝衣を利用する(サイズ:S・M・L・LL)
当院指定のおむつ(実費)を利用する ※必要なかただけ記載ください	
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
入院中の歯科治療について	
<input type="checkbox"/> 必要な場合は承諾する	
医療費の支払いの相談 ※入院費の金額等でご心配のあるかたはチェックしてください	
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
医療福祉制度の相談	
<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

※ 医療費について、一定期間を経過してもお支払い頂けない場合は、医療費保証会社又は法律事務所に委託し、委託先より通知をさせていただきます。

記入した日を記入してください。

記入日： 年 月 日

社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 相澤病院長 殿

入院申込書(記載例)

この度、社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 に入院するにあたり、医師等からの説明を受け、入院の目的・内容・費用等につき承諾致しましたので、入院の申し込みを致します。

入院者(入院されるかた)					
氏名	相澤 太郎	男・女	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日
住所	〒			TEL	自宅 携帯

入院申込人 ※入院者と入院申込人が同じ場合は、以下は記入不要です。					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 申込人等にて署名をお願いします。その場合、捺印は省略しても結構です。申込人の自筆による署名ができません。入院者と同じ場合、記入は不要です。申し込まれるかたがご記入ください。 ・ 入院者が未成年の場合は、親権者のかたがご記入ください。 					
氏名		続柄	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日
<p>※入院申込人の自筆にて署名をお願いします。</p>					
連絡先				TEL	

ご希望確認	
面会制限について ※面会方法については、14 ページをご確認ください	
<input type="checkbox"/>	面会を制限しない
<input type="checkbox"/>	面会を制限する
<input type="checkbox"/>	入院していることを伝えても良い
<input type="checkbox"/>	入院していることを伝えないでほしい
※具体的な希望があれば記入ください	
個室利用について ※個室料金については、4 ページの料金表をご確認ください	
<input type="checkbox"/>	個室を希望しない
<input type="checkbox"/>	個室を希望する → 希望上限額(円/日 程度)
※部屋により個室料金が異なります。	
※満室の場合には、ご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください	
寝衣について(病院のリース寝衣 1日 77円)	
<input type="checkbox"/>	寝衣を利用しない
<input type="checkbox"/>	寝衣を利用する(サイズ:S・M・L・LL)
当院指定のおむつ(実費)を利用する ※必要なかただけ記載ください	
<input type="checkbox"/>	希望する
<input type="checkbox"/>	希望しない
入院中の歯科治療について	
<input type="checkbox"/>	必要な場合は承諾する
医療費の支払いの相談 ※入院費の金額等でご心配のあるかたはチェックしてください	
<input type="checkbox"/>	希望する
<input type="checkbox"/>	希望しない
医療福祉制度の相談	

(お願い)

入院申込書は、予定入院のかたは入院日に、緊急入院のかたは入院後3日以内にご提出ください。