

入院申込書

黒のボールペン又は万年筆で記入
(※鉛筆・消せるボールペン不可)

今般貴院に入院するに際し、貴院の諸規則・療養上の指示を遵守し、ご迷惑をお掛けしないこととお約束します。

患者	入院日	西暦 20 年 月 日		患者ID ※当院記入欄	
	フリガナ				
	氏名			提携施設 ※当院記入欄	さくら荘 ・ 御桜乃里 扶桑苑 ・ 太郎と花子
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)		性別	男性 ・ 女性
	自宅	〒 - (住所)			
		(電話番号)	- -	(携帯番号)	- -
	ご職業	会社員 ・ 自営業 ・ パート ・ 主婦 ・ 学生 ・ 無職 ・ その他()			
勤務先 (働いている方のみ)	(勤務先名)			(電話番号)	- -
●3ヶ月以内に他院に入院されたことがありますか？ 下の□どちらかに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 入院したことがある(※下記もご記入ください) <input type="checkbox"/> 入院したことがない 【入院した病院名: _____】 【入院期間: 年 月 日～ 年 月 日】					

●身元保証人は、原則、ご家族の方でお願いします。
※代筆の場合は、身元保証人の同意のもと、下記ご記入ください。

代筆者氏名: _____

身元保証人	フリガナ			患者さん とのご関係	
	氏名				
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)		性別	男性 ・ 女性
	自宅	〒 - (住所)			
		(電話番号)	- -	(携帯番号)	- -
ご職業	会社員 ・ 自営業 ・ パート ・ 主婦 ・ 学生 ・ 無職 ・ その他()				
勤務先 (働いている方のみ)	(勤務先名)			(電話番号)	- -

請求書 お届け先 (定期請求 時のみ)	●□に✓を入れてください。「その他」に✓を入れた方のみ、下記の氏名等ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 患者自宅 <input type="checkbox"/> 身元保証人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 病室(※諸規則7に同意した方のみ) <input type="checkbox"/> その他				
	フリガナ			患者さん とのご関係	
	氏名				
	自宅	〒 - (住所)			
(電話番号)		- -	(携帯番号)	- -	

申込者	●□に✓を入れてください。「その他」に✓を入れた方のみ、下記の氏名等ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 身元保証人 <input type="checkbox"/> その他				
	フリガナ			患者さん とのご関係	
	氏名				

<①オンライン資格確認のご案内>

これまで高額療養費制度を利用する場合には、事前に参加している保険者に申請を行い「限度額適用認定証」の準備が必要でしたが、オンライン資格確認が開始されたことにより、当院で限度額適用認定証の情報を確認することが可能となりました。オンライン資格確認を利用して高額療養費制度の入院費への適用をご希望の方は下部にある同意欄にチェックをお願いします。限度額適用認定証の詳細は入院案内のP11をご参照ください。

<②保険外自費のご案内>

・私物洗濯代(1ネット)	919円/回
・T字カミソリ	21円/個
・T字帯	336円/個
・付き添い食	朝=419円/食、昼=576円/食、夕=576円/食
・付き添いベッド	419円/日
・理容、美容代 (組み合わせ施術の場合、1メニュー追加につき合計金額より1,100円引きになります)	
カット=2,600円/ベッドサイドカット=3,100円/顔剃り=1,900円/シャンプー=1,600円/	
毛染め=5,100円/毛染め【香草カラー】=6,700円/毛染め【ヘアマニキュア】=6,700円/パーマ=6,200円	
・個室料	
3,300円/日…TV、冷蔵庫、トイレ付	
5,500円/日…TV、冷蔵庫、シャワー、トイレ付	
9,900円/日…TV、冷蔵庫、シャワー、トイレ、チェアセット付	
12,100円/日…TV、冷蔵庫、シャワー、トイレ、チェアセット付	
16,500円/日…大型テレビ、2D冷蔵庫、バス、トイレ、テーブルセット付	
・テレビ、冷蔵庫セット利用料	550円/日

※その他、当院が必要と認めた商品等。
※上記料金には消費税10%を含みます。

<③寝具類借用規則>

- 掛け布団(1)、ベットパット(1)、枕(1)、包布(1)、シーツ(1)、枕カバー(1)
 ①使用は丁寧に扱うこと。 ②故意または過失により破損あるいは紛失した場合は、実費を弁償すること。
 ③使用品は、退院時に看護師へ返却すること。

上記、保険外自費、及び、寝具類借用についての内容に同意いただけましたら、☑をお願い致します。

<①オンライン資格確認のご案内>の内容に同意致します。

<②保険外自費のご案内>についての内容に同意致します。

<③寝具類借用規則>についての内容に同意致します。

西暦 20 年 月 日(入院日) 患者氏名: _____ ㊞

<個人情報の保護に関する法律(第二条第9項)に定める「匿名加工情報」の第三者提供について>
 当法人は、近隣医療機関等第三者(症例検討会、学会発表、論文作成、講演会等含む)と症例共有することで地域医療水準の向上を図るため、患者を識別することができないよう加工した匿名加工情報を作成し、医療機関等第三者に情報提供する場合があります。

記入を間違えた箇所は、二重線を引き訂正印をお願いします。

入院係②	入院係①	受取者	案内者	部署
/	スキャン	/	/	日付
	済			担当印