

入院申込書

入院の上は、貴院の規則、指示を必ず守ることを誓約します。
もしこれに反した場合は何時退院を命じられても不服を申しません。

ふりがな			男・女	明・大 昭・平	年	月	日	生
患者氏名	印							
現住所	〒 —							
	電話	()	携帯	()				
退院後の住所	〒 —							
	電話	()						
勤務先								
勤務先住所								
				電話	()			
緊急時の連絡先	氏名		続柄		電話	()		
					携帯	()		
	氏名		続柄		電話	()		
					携帯	()		

◎入院についての自己申告のお願い

以前のご入院について正しく自己申告されないと、保険の入院料の一部が後で自己負担になることがありますので、必ずご記入ください。

1.	貴方はこの3ヶ月以内に病院（保険医療機関）に入院したことがありますか？ (イ. はい ロ. いいえ) ⇒ イ.はい の方は次の問いにもお答え下さい。 ○ 前回の退院先での退院証明書をお持ちの方は受付係にご提出ください。⇒以下の答えは不要
2.	前回の入院先の病院名：() 電話 ()
3.	前回の入院期間： 年 月 日～ 年 月 日
4.	入院の理由となった主たる病名：()

身元保証書 保証人は同居をしていない方で独立生計を営む方

上記の者が貴院に入院いたしました上は入院治療に関する費用その他一切の責任を引受け、貴院に迷惑を掛けません。

ふりがな			患者との関係	
保証人氏名	印			
住所	〒 —			
	電話	()	携帯	()
勤務先	電話 ()			

年 月 日

武蔵嵐山病院長 殿

以下は記入しないで下さい。(※印欄は医事課で記入)

※入院月日	年	月	日	※保証金領収の有・無	円	
退院月日	年	月	日	※領収年月日	年 月 日	
※費用区分	社会保険（本人・家族）／ 国民健保／ 生保／ 労災				抜者	※
退職者医療（本人・家族）	自費／ その他 介護保険 ()					