

入院申込書

越谷ハートフルクリニック 佐藤 陽二 院長殿

提出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

この度貴院に入院診療を依頼しましたが、「入院生活のご案内」記載の入院に関する諸事項を了承し、特に下記事項については貴院に迷惑をかけないよう保証人と連帯の上約束いたします。

記

1. 院内の諸規則を堅く守り、診療、院内生活、退院時期等については貴院に従います。
2. 入院料及び室料負担額について同意し、指定の期日に支払います。

■ご本人記入欄

フリガナ					入院希望日	平成	年	月	日
お名前	印				入院日	平成	年	月	日
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	性別	男・女			
ご自宅	ご住所	都道府県	区市郡						
	電話番号	()			□ご自宅 □その他 ()				
お勤め先	フリガナ				電話番号	()			
	名称				FAX番号	()			
	ご住所	都道府県	区市郡						
緊急連絡先	フリガナ				電話番号	()			
	*ご自宅以外をご記入ください。					患者様と のご関係			
病室	個室希望・2人室希望・その他 ()								
誓約	<ul style="list-style-type: none"> ●入院中はクリニックの規則を厳守します。 ●治療に関しては、医師の指示に従います。 ●治療費およびその他の費用については、決められた期日までに支払います。 								

※緊急連絡先は、病院からの電話連絡を確実に受けられる連絡先をご記入ください。

■連帯保証人記入欄 (ご本人とは別世帯の方をお願いしてください。)

フリガナ					患者様と のご関係				
お名前	印				電話番号	()			
ご自宅	ご住所	都道府県	区市郡						
	フリガナ				電話番号	()			
お勤め先	名称				FAX番号	()			
	ご住所	都道府県	区市郡						