

# 入院申込書

三愛病院長 殿

平成 年 月 日

医師の説明により治療の必要性を十分理解し、貴院での入院治療を希望します。  
ついでには、保証人と連署の上、貴院の諸規則を堅く守り医師等の指示に従います。  
また、入院料等は指定期日までに保証人と連帯の上支払うことを約束します。

ふりがな		性別	世帯主氏名
患者氏名		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)	電話番号	
住 所		- -	

## ■保証人記入欄

ふりがな		性別	患者との続柄
氏 名		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)	電話番号	
住 所		- -	
勤務先	(名称)	(電話番号)	

## ◎お願い

- ・この申込書は、入院時に記入押印の上、保険証等を添えて外来受付に提出願います。
- ・保証人は、原則として患者と別世帯の成人で、諸料金の支払能力のある方を願います。
- ・入院料は、1月毎に計算しご請求いたしますので、**請求日より5日以内に納入願います。**

## 病院記入欄

担当医		病 室	号室
-----	--	-----	----

診療科	HD、CAPD、内科、循環器、糖代謝 呼吸器、泌尿器、腎内、心臓血管
-----	---------------------------------------

院 長	事務局長	事務部長	医事課係長	担 当

入院日	平成 年 月 日
退院日	平成 年 月 日