

入院申込書

年 月 日

医療法人 高野胃腸科 院長 殿

私は、貴院に入院したいので、申し込み致します。

貴院に入院の上は、諸規則ならびに指示された事項を堅く守り、万一これにそむいた場合は、いつ退院を命ぜられても異議を申しません。

医療費およびその他の支払いについては、貴院の指示通り責任を持ってお支払い致します。

患者	氏名	印	生年 月日	大・昭・平	年	月	日
	(〒 -) 住所			電話番号()	-		
				携帯電話()	-		
	勤務先			電話番号()	-		
代筆者氏名			印	続柄			
電話や窓口受付において、入院しているかどうかの問い合わせに 応じていますか。				はい	いいえ		
面会希望者に対し、案内を行っていいですか。(面会は予約制です。)				はい	いいえ		

誓約書

私共連帯保証人2名は、患者の身元に関する一切のことを引き受けます。また、入院料その他の諸費用を患者が支払えないときは指定日までに必ず支払うことをお約束します。

連帯保証人1	氏名	印	続柄				
	(〒 -) 住所		電話番号()	-			
			携帯電話()	-			
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	男・女	
	勤務先		電話番号()	-			
連帯保証人2	氏名	印	続柄				
	(〒 -) 住所		電話番号()	-			
			携帯電話()	-			
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	男・女	
	勤務先		電話番号()	-			

記入上の注意

- 患者欄は患者本人が記名捺印してください。ただし、患者が記入できない場合は親権者または後見人が代筆者として記入してください。
- 連帯保証人1は患者の近親者、連帯保証人2は別所帯の成年者で独立生計を営み、入院費用の支払い能力がある身元
確実な方を選び、自署捺印してください。
- この書類は原則として入院の日に窓口へ提出してください。

差額室料支払同意書

医療法人 高野胃腸科 院長殿

一般室(大部屋)以外に入室の場合、室料の差額を支払うことに同意します。

_____ 室 _____ 円/1日あたり
年 月 日

患者名 _____ 印

駐車場使用申込書

医療法人 高野胃腸科 院長殿

入院中に貴院の駐車場を利用し、利用料1日につき 500 円を支払うことに同意します。

年 月 日

患者名 _____ 印

保険外負担金同意書

医療法人 高野胃腸科 院長殿

健康保険法の療養に該当しない下表保険外負担の料金について、同意します。

商品名	料金	商品名	料金
ねまき(貸出)	100 円	G センサー(保険外)	1 個 120 円
リハパン	150 円	ナチュラルレットプラス(保険外)	1 個 28 円
オムツ	200 円	ペンニードルプラス(保険外)	1 個 24 円
尿とりパッド	50 円	ゲルコカトプラスケア(保険外)	5200 円
ティッシュ	200 円	マルチランセット S(保険外)	1870 円
使い捨て紙パンツ	100 円	弾性ストッキング(保険外)	2000 円

年 月 日

患者名 _____ 印

電化製品使用申込書

医療法人 高野胃腸科 院長殿

入院中に以下電化製品を使用したいので許可をお願いします。なお、許可を得た場合でも、院長の指示により、使用停止を命ぜられた場合は、異議を申しません。また、持ち込みの製品は自己管理し、万が一、盗難や紛失のあった際は、貴院に責任は問いません。

お持込みの電化製品

(_____)

年 月 日

患者名 _____ 印