

入院申込書

ちくし那珂川病院 院長殿

下記の通り入院を申し込みます

記載日 令和 年 月 日

申込書記入者 フリガナ
氏名

続柄

※施設職員の場合は施設名をご記入ください

入院患者			
フリガナ 氏名		性別 男 女	大正・昭和・平成・令和 歳 年 月 日
住所	〒		
自宅番号		携帯番号	
部屋希望	大部屋 ・ 有料室 《 2人部屋 ・ 個室(トイレ付) ・ 個室(トイレ・シャワー付) ・ 特室 》 注意:有料室はその時の都合により、ご希望に添えない場合があります。		

※ 連絡先は、携帯電話や自宅など都合の良い順にご記入ください。

連絡先			
フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒		
連絡先①		連絡先②	
勤務先		勤務先電話	

連絡先			
フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒		
連絡先①		連絡先②	
勤務先		勤務先電話	

【入退院歴の確認について】

厚生労働省の通知により、過去の入退院歴を確認することが義務付けられています。
正しく申告されない場合には、入院料の一部が自己負担となることがあります。

過去3カ月以内に入院したことがある医療機関名及び入院期間等のご記入をお願いします。
※ 退院証明書がある場合は、記入不要です。

☐ 入院歴なし ☐ 入院歴あり

医療機関名①		医療機関名②	
入院年月日		入院年月日	
退院年月日		退院年月日	
傷病名		傷病名	

【病院記入欄】

- ☐ お薬手帳
☐ お薬
☐ 申込書コピー病棟
☐ 入院説明

【病棟→医事課】

- ☐ 家族来院予定 月 日 AM PM 来院予定
☐ 誓約書類渡し (済 ・ 未)