

入院申込書

医療法人 啓仁会

令和 年 月 日

ロイヤルこころの里病院 病院長殿

私は貴病院に入院をお願いするにあたり、貴病院の諸規則を守り、下記事項について一切貴病院にご迷惑をおかけしないこととお約束いたします。

- ①診療・院内生活などについては、貴病院の規則・指示に従い、一切異論は申しません。
- ②入院料及びその他の費用については同意し、指定の期日に必ずお支払いすることをお約束いたします。
- ③主治医の指示に従わないもしくは入院費の滞納・未納等のため、貴病院より退院勧告を受けた場合、その退院指定日に責任をもって本人の身元をお引受けするとともに、滞納・未納金の清算をいたします。

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	Ⓜ				
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)				
現住所	〒 -				
自宅番号	-	-	携 帯 電 話	-	-

フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
支払責任者	Ⓜ				
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)				
現住所	〒 -				
自宅番号	-	-	携 帯 電 話	-	-

入院歴	病院名	病名	入院・入所期間						
			年	月	日	～	年	月	日
			年	月	日	～	年	月	日
			年	月	日	～	年	月	日

※当病院に入院する前、過去3か月以内に当院以外で入院歴がある場合、ご記入ください。