入院申込書兼誓約書

ふりがな 患者 氏名		現住所	方電話 ()
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		
緊急時の連絡先	日中 電話 ()	夜間 電話 ()	

身元引受人署名の上、入院を申し込みます。
 なお、入院のうえは、貴院の規則、指示を必ず守ることを誓約します。
 もし、これに反した場合または、他の患者様に迷惑となると判断された時は、何時退院を命じられても不服を申しません。

身元引受人 兼 連帯保証人 (連帯保証人は独立生計を営む家族、又は知人等)

上記の者の入院治療をお願いする上は、治療費が支払えなかった場合、その他一切の責任を引受け迷惑はかけません。
 身元引受人は、本人の支払い債務に対し極度額50万円の範囲内で連帯責任を持つことを了承します。

氏名 (身元引受人 兼 連帯保証人)			現住所	方電話 ()
職 業		患者との関係		

令和 年 月 日

松原メイフラワー病院 院長 殿

申込書記入者氏名 _____
 (患者との関係 :)

※ マイナンバーカードをお持ちの方へ
 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 はい ・ いいえ

当院では、「個人情報保護法」に基づいて、以下の項目について患者さんへ確認させていただいています。

- あなたの入院されていることに対する問い合わせ(面会等)について
 答えてよい ・ 答えてほしくない

※電話による問い合わせについては一切対応しません。
 ※個別対応は業務上できませんのでご了承ください。

- 万一、ガンなどの悪性疾患が明らかになった時、告知を希望されますか。
 は い ・ いいえ
- 事情により病院または施設へ転院・転所になる場合に、関係者への情報提供を行うことに同意します。
 は い ・ いいえ
- 病気に関わることにについて、(費用等含む)あなた以外で説明をしても良い方はどなたですか。

① 氏名 _____ (続柄) 電話 _____ () _____

② 氏名 _____ (続柄) 電話 _____ () _____

※ なお、退院後お問い合わせのないお忘れ物につきましては2ヶ月間が経過しましたら処分させていただきますので、あらかじめご了承ください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。