

入院証及び入院歴申請

私は、貴院にて入院治療を受けるにあたって次のことを守り、保証人と連署して入院申込みます。

記

- 貴院の規則を守り指示に従います。
- 保証人は入院者の身上及び医療費一切の支払いについて、貴院に対し迷惑をかけません。

平成 年 月 日

入院者			
患者氏名		①	生年月日 明：大 年 月 日 昭：平
現住所			
電話	自宅		世帯主氏名
職業及び勤務先			

連帯保証人(患者と生計が異なる成人者)			
氏名		①	生年月日 明：大 年 月 日 昭：平
現住所			
職業及び勤務先		入院者との続柄	
電話	自宅		

∞

入院歴の申告

過去3ヶ月以内の他病院等での入院の有無について申告致します。必ず下記のどちらかにチェック記入願います。

1 [] な い

2 [] 年 月 日～ 年 月 日

病 院 名 []

入院の理由〔病名等〕

∞

天童温泉篠田病院長 殿

記入上の注意

- 職業・勤務先は、具体的に記入して下さい。
- 保証人は、入院者の身元を引受けることができ、かつ入院者に未入金が生じた時、入院者に代わって支払いができる成人者として下さい。
- 入院歴の申告について誤った申告をなさいますと、後日、費用徴収のある場合があります。

病衣（パジャマ・寝衣）使用申込書

病衣を使用する事に同意いたします。	
病棟	病棟 号室
住所	
患者氏名	
使用年月日	平成 年 月 日
料金	1日につき 70円（消費税別）

天童温泉篠田病院

*尚、月単位にて医療費と一緒に支払いたします。

差額病室使用申込書

貴天童温泉篠田病院に入院し治療を受けるについて
特別室(個室)を希望し、差額を負担することを承諾いたします。

_____病棟 第_____号室

部屋代 () 1050 円/日 (3病棟)
() 1575 円/日 (2病棟・3病棟)
() 3150 円/日 (2病棟)

使用開始年月日 年 月 日

使用終了年月日 年 月 日

住所

患者氏名 印

医療法人篠田好生会
天童温泉篠田病院長殿