

入院申込書

科	号室
---	----

令和・西暦 年 月 日

大阪公立大学医学部附属病院長 様

入院に際しては貴院の諸規定を遵守すると共に「入院のご案内」記載の諸注意及び下記に同意し入院申込をいたします。

入院希望者	住所	〒□□□□-□□□□	電話
	フリガナ		(印)
	氏名	大昭平令西暦 年 月 日生 (歳) (男・女)	(印)
	勤務先		電話
	入院希望者本人が未成年者等の場合は、保護者が署名捺印をしてください。	保護者氏名	明大昭平西暦 年 月 日生
連絡先	住所	〒□□□□-□□□□	電話
	フリガナ		入院希望者との続柄
	氏名		
	勤務先		電話
連帯保証人	住所	〒□□□□-□□□□	電話
	フリガナ		(印) 入院希望者との続柄
	氏名	大昭平西暦 年 月 日生	(印)
	勤務先		電話
※当院では個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。明細書の発行を希望されない方は、右記の明細書発行不要欄に☑をご記入ください。明細書の内容につきましては、「入院のご案内」の15ページをご覧ください。			発行不要 <input type="checkbox"/>
※当院ではオンライン資格確認システムを利用しています。本システムを利用しての資格情報確認に同意されない方は、右記のオンライン資格確認システムの利用不同意欄に☑をご記入ください。オンライン資格確認システムの内容につきましては、「入院のご案内」の13ページをご覧ください。			システム利用に同意しない <input type="checkbox"/>

診療上のことは医師等の指示に従います。また、診療費及び諸料金は、私（入院希望者）又は連帯保証人が、定められた期日までに遅滞なく支払います。貴院が「特定機能病院」に指定されていることをふまえ、病状が安定し、転院・退院の必要があると医師が判断した場合は、転院・退院に同意します。

- | | |
|--------|--|
| 注
意 | 1 入院申込書に必要な事項を記入し、入院手続きの日に提出してください。捺印は朱肉を使用してください。 |
| | 2 各種規定・ルールをお守りいただけない場合、退院していただくこともあります。 |
| | 3 連帯保証人については別世帯で独立の生計を営む成年の方をお願いしております。 |
| | 4 連帯保証人欄は、必ず記名のご本人に記入・捺印してもらってください。
※【連帯保証人(極度額)500,000円とする。】 |
| | 5 ご記入いただきました連絡先・連帯保証人の情報は、診療に関する各種業務及び入院諸費用の支払いが滞った際に利用させていただくことがございますので予めご了承ください。 |
| | 6 入院中、入院申込書の内容又は保険証に変更があった場合は、必ず病院職員にご連絡ください。 |
| | 7 入院予約が完了している場合であっても止むを得ない事情により、入院の延期または他院への入院をお願いする場合があります。 |
| | 8 入院中、医師の判断により他院への転院や院内の他の病棟・病室に移動をしていただく場合があります。 |
| | 9 上記個人情報につきましては適正に管理いたします。 |