|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　名 | 内科・外科・整形 |  | 事務長 | 医療連携室長 | 事務次長 | 総務主査HP用1/2 | 医事担当 |
| 入院年月日 | H　　.　　.　　 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **入院申込書** |

H30.4改訂

小国町立病院長　　殿

私は、このたび貴院に入院することが決まりましたので、次のことを誓約し、身元引受人と連署のうえ、入院を申し込みます。

記

１　病院の規則や指示に従い、治療に専念いたします。

２　診療費及びその他の費用は、貴院の請求に基づき、すみやかにお支払いいたします。

３　身元引受人は、私の身元及び諸費用の支払いに関する一切の事項を引き受け、貴院にご迷惑をおかけいたしません。

平成　　　年　　　月　　　日

◇太枠線内を記入し、入院の際にご提出ください。そのときに保険証等もご提示ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入　院　患　者** | ふりがな氏　名 | （自署） | 性 別 | 男・女 | 生年月日 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒☎(　　　　)　　　　－　　　　 |
| 勤務先 |  | 勤務先所在地 | ☎(　　　　)　　　　－　　　　 |
| 世帯主 |  | 続 柄 |  | 勤務先 |  |
| この３ヶ月以内の入院（　有　・　無　） | 有の場合　　　　　　　　　医院・病院 |
| ◇『入院患者』本人が申し込みをされる場合は、『申込者』の記入は不要です。◇『申込者』の欄は、入院患者が未成年者の場合やその他特別の事情により患者本人が申し込みできない場合に、配偶者、親権者、後見人又は近親者の方が記入し、『入院患者』の欄も合せて記入ください。 |
| **申　込　者** | 氏　名 | （自署） | 続 柄 |  | 生年月日 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒☎(　　　　)　　　　－　　　　 |
| 勤務先 |  | 勤務先所在地 | ☎(　　　　)　　　　－　　　　 |
| ◇『身元引受人』は、患者と別世帯の独立した生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。 |
| **身元引受人** | 氏　名 | （自署） | 続 柄 |  | 生年月日 | 明 大昭 平 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒☎(　　　　)　　　　－　　　　 |
| 勤務先 |  | 勤務先所在地 | ☎(　　　　)　　　　－　　　　 |
| 備 考 |  |

小国町立病院長　　殿 署 名　　　　　　　　　　（　入院患者・申込者　）

HP用2/2

**同意書**

私は診療を受けるにあたり、以下の項目について、その使用量及び利用回数に応じた実費負担に同意します。なお、費用については遅滞なく納入いたします。

（負担項目一覧）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 同意欄 | 項　　目 | 単価(税込) |  | № | 同意欄 | 項　　目 | 単価(税込) |
| 1 |  | 病衣貸与料 | 54円/日 |  | 12 |  | 普通健康診断書料 | 2,160円/件 |
| 2 |  | 紙おむつ(Ｓ) | 114円/枚 |  | 13 |  | 普通死亡診断書料 | 2,160円/件 |
| 3 |  | 紙おむつ(Ｍ) | 121円/枚 |  | 14 |  | 病院様式証明書料 | 2,160円/件 |
| 4 |  | 紙おむつ(Ｌ) | 138円/枚 |  | 15 |  | 生命保険等に係る診断書料 | 4,320円/件 |
| 5 |  | リハビリパンツ(Ｍ) | 109円/枚 |  |
| 6 |  | リハビリパンツ(Ｌ) | 120円/枚 |  | 16 |  | 死体処置料 | 5,400円/体 |
| 7 |  | リハビリパンツ(LL) | 133円/枚 |  | 17 |  | 生検送料 | 380円/通 |
| 8 |  | 尿取りパット | 31円/枚 |  | 18 |  | 浴衣（Ｍ・Ｌ） | 3,564円/枚 |
| 9 |  | 平おむつ | 49円/枚 |  | 19 |  | 浴衣（LL） | 4,110円/枚 |
| 10 |  | 口腔ケア用綿棒 | 24円/本 |  | 20 |  |  |  |
| 11 |  | 口腔ケア用スポンジ | 47円/本 |  | 21 |  |  |  |

※単価は消費税込みの料金となります。

※病衣の貸与を途中で中止する場合は、看護師にお申し出ください。

**特別室・１床室　利用申込書**

私は、入院室料差額に同意のうえ、下記により特別室又は１床室の利用を申し込みます。ただし、病院側の都合により転室等の指示があった場合は、その指示に従うのは勿論のこと、その他一切の異議申し立てはいたしません。

記

利用開始日　　平成　　　年　　　月　　　日（　　　号室）

変　更　日　　平成　　　年　　　月　　　日（　　　号室）

□変更に同意します　 署 名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 特　別　室 | １　床　室 |
| 利用を申込む病室（右表に○） | 11号室・12号室※電話料金は使用相当分を別途請求させていただきます。 | 13号室・15号室・16号室17号室・18号室・20号室21号室・22号室・27号室50号室 |
| 入院室料差額 | ３，７８０円／日 | ２，１６０円／日 |

※単価は消費税込みの料金となります。

※特別室・１床室の利用を途中で中止・変更する場合は、看護師にお申し出ください。