

病院 記載 欄	診療科		担当	照査	受理年月日
	病室				
	ID番号	-			

入院申込書（兼誓約書）

北見赤十字病院長 様

年 月 日

このたびの入院については、病院（医師）の説明を受けて十分理解しましたので入院を申し込みます。入院後は、病院の諸規則並びに診療上指示されたことを守り、診療に関する患者負担の費用については、病院からの指示あり次第、遅滞なく支払うことを約束します。

【入院年月日】 年 月 日

入院者	現住所	〒 -			
	(カナ) 氏名			印	電話 - - 携帯 - -
	生年月日	年	月	日	満年齢 歳
	勤務先	名称 住所	電話番号 - -		

家族の代表者	現住所	〒 -			
	(カナ) 氏名			印	電話 - - 携帯 - -
	生年月日	年	月	日	満年齢 歳
	続柄	配偶者・父母・子・兄弟・姉妹・孫・祖父母・その他（ ）			
	勤務先	名称 住所	電話番号 - -		

（ご記入にあたって）

1. 家族の代表者（キーパーソン）は、病状説明やご本人に代わって意思決定できる親族の方、または信頼がおける方をご指定ください。
2. 入院にあたり、入院者の容体等で本人からの了承を得ることが困難であるときは、家族・家族の代表者（キーパーソン）の了承をもってこれに代えさせていただきます。（入院者が未成年の場合は、法定代理人である親権者とします）

以下項目について、該当する項目の□にチェックをしてください。

【入院の問合せについて】

- 入院していることを伝える
入院していることを伝えない（「入院していません」と回答します）
 ※トラブルになった場合、病院側は責任を負いかねます

【臓器提供の意思表示について】

- している → 健康保険証 運転免許証 マイナンバーカード 意思表示カード
していない 不明

※ 本用紙は、健康保険証、医療受給者証等を添えて、入退院センター受付へすみやかにご提出ください

※ 記入事項に変更が生じた場合は、すみやかに届け出願います。