

入院申込書

申込書番号 _____

札幌医科大学附属病院長 様

年 月 日

貴院への入院を申し込みます。申し込みにあたり、貴院の諸規則を守り、医師・看護師等の指示に従います。また、入院に要した費用は、支払期限まで（退院の際は退院時）に遅延なく支払います。

申 込 者	ふりがな 氏名	印	性別 男・女	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
	現住所	〒 - 自宅 ☎ () - 携帯 ☎ - -				
	職業		勤務先 住所等	〒 -		
	勤務 先名			☎ () -		
親権者・後見人等として患者の入院に同意します。						
親 権 者 ・ 後 見 人 等	ふりがな 氏名	印	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	患者と の関係	
	現住所	〒 - 自宅 ☎ () - 携帯 ☎ - -				
	職業		勤務先 住所等	〒 -		
	勤務 先名			☎ () -		
患者の身上に関することは、身元引受人においてすべて引き受けます。						
身 元 引 受 人	ふりがな 氏名	印	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	患者と の関係	
	現住所	〒 - 自宅 ☎ () - 携帯 ☎ - -				
	職業		勤務先 住所等	〒 -		
	勤務 先名			☎ () -		

- 「親権者・後見人等」欄は、患者さまが未成年者又は精神上の障害等により、自らの判断能力を欠く状況にある場合等にご記入願います。
- 「身元引受人」欄は、成年者をお願いします。
- 親権者・後見人等が身元引受人になる場合、「身元引受人」欄は氏名のみ記載願います。
- 「患者との関係」欄は、患者さまから見た続柄や患者さまとのご関係を記載願います。
例：妻・夫・父・母・兄・伯父・友人 など
- 患者本人（もしくは親権者・後見人等）が退院時において入院に要した費用の全部もしくは一部の支払いを後日払いとすることは、原則として、別に求める連帯保証人と「連帯保証契約」を締結します。

入院中に記載事項の変更があった際には、必ず「入退院窓口」へご連絡願います。