

## 入院診療申込書

科 病棟 号室 患者番号

患 者	ふりがな			男	生 年 月 日	令・平・昭・大・明		
	氏名			女		年 月 日		
者	住所			世帯主		続柄		
	職業・勤務先		連絡先 電話番号	自宅 携帯	-	-		
入院年月日 令和 年 月 日								

入院療養に係る説明を受け、同意しましたので、上記の者の入院治療を申し込みます。  
つきましては、病院等に関する諸規則及び指導事項を堅く守り貴院にご迷惑はかけません。  
また、入院料その他の料金は、所定の期日までに納入します。

令和 年 月 日

本人氏名 ⑩世帯主氏名 ⑩

岩手県立中央病院長 様

- ※ 本申込書は、原則として患者さん本人が記載するものとし、本人が記載出来ない等の場合にあっては、同世帯の成人の方にお願ひします。
- ※ 「本人氏名欄」等については、本人の直筆の場合には、押印を省略できます。
- ※ 入院費は、入院日(または1日)から月末までの請求書を翌月12~15日頃にお届けしますので、10日以内にお支払ください。なお、退院の場合の請求書は、退院日にお届けしますので精算をお願ひします。
- ※ 入院療養中の心配事や会計についてのご相談がございましたら、看護師、事務職員等にお気軽にお問ひ合せください。

◎ 面会制限を ( 希望します ・ 希望しません )

## 入院診療申込書

科 病棟 号室 患者番号

患 者	ふりがな		男	生 年 月 日	令・平・昭・大・明		
	氏名		女		年 月 日		
者	住所		世帯主		続柄		
	職業・勤務先		連絡先 電話番号	自宅 携帯	-	-	
入院年月日 令和 年 月 日							

入院療養に係る説明を受け、同意しましたので、上記の者の入院治療を申し込みます。  
つきましては、病院等に関する諸規則及び指導事項を堅く守り貴院にご迷惑はかけません。  
また、入院料その他の料金は、所定の期日までに納入します。

令和 年 月 日

本人氏名

世帯主氏名

岩手県立中央病院長 様

- ※ 本申込書は、原則として患者さん本人が記載するものとし、本人が記載出来ない等の場合にあっては、同世帯の成人の方にお願ひします。
- ※ 「本人氏名欄」等については、本人の直筆の場合には、押印を省略できます。
- ※ 入院費は、入院日(または1日)から月末までの請求書を翌月12~15日頃にお届けしますので、10日以内にお支払ください。なお、退院の場合の請求書は、退院日にお届けしますので精算をお願ひします。
- ※ 入院療養中の心配事や会計についてのご相談がございましたら、看護師、事務職員等にお気軽にお問ひ合せください。

◎ 面会制限を ( 希望します ・ 希望しません )

## 病衣利用申込書

科 病棟 号室 患者番号

患者氏名

\_\_\_\_\_

期間 令和 年 月 日から 退院する日まで  
(または 令和 年 月 日まで)

- 1 利用する  
2 利用しない

上記のとおり申し込みします。

### 病衣のご利用について

当院では、入院に際してパジャマ、ねまき等を準備されたり、洗濯の心配をしなくても済むよう、診療や処置などに適した「病衣」をお貸ししております。

お貸しする「病衣」は、1週間に2回交換するほか、汚れた都度交換できます。

利用される方は  1 利用する、利用されない方は  2 利用しない どちらかに○を付け病棟看護師にお渡しください。

**病衣貸付料金 1日80円(課税)・1日70円(妊産婦のみ、非課税)**

※一度申し込んだ利用内容に変更がある場合は、再度申込書の提出が必要となります。

岩手県立中央病院長 様

\*\*\*\*\* 病院確認欄 \*\*\*\*\*

1. 算定

2. 不算定(医療扶助、公費負担医療制度、県単医療)

病棟師長	入院係