

入院申込書

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平
氏名				年 月 日
(未成年者の方は保護者名も記入)	(保護者名)	続柄		
住所	〒	医療生協さいたま生活協同組合		
		組合員 未組合員		
電話	自宅 ()	携帯		

緊急連絡先

氏名	※① (続柄)	※② (続柄)
住所		
電話	自宅 ()	自宅 ()
	携帯 ()	携帯 ()
	※勤務先 内線()	※勤務先 内線()

※ 緊急連絡先へは原則①・②の順番で連絡します。優先度の高い方を①にご記入下さい。
 ※ 勤務先については必須ではありません。緊急時に勤務先に連絡しても問題ない方はご記入下さい。

個人情報の取り扱いについて

安全確保の為に名前を病室の入り口に掲示してもよろしいでしょうか	はい・いいえ
面会者の方がお見えになった場合、病室をお伝えしてもよろしいでしょうか	はい・いいえ

歯科診察について

治療上必要な場合、主治医の判断で歯科医師に歯の治療を依頼します。その際、埼玉協同病院とは別に歯科診療所の料金が発生しますがよろしいでしょうか。	はい・いいえ
---	--------

※ 防犯上、監視モニターを設置しております。ご了承下さい。

埼玉協同病院 院長様

年 月 日

氏名 ㊟

※ 裏面もご確認下さい。

入院にあたってのお願い（同意書）

- 1) 当院は、急性期の治療を目的とした病院のため、医師が退院と判断した時点で退院となります。入院生活による体力や意欲の低下により、入院前にできていた日常動作ができなくなることや、自宅での医療処置が必要な状態で退院となる場合もあることをご理解ください。
- 2) 病状については、治療の進行状況によって医師より説明させていただきます。ご家族と一緒にお話を聞かれる場合には、こちらの指定した時間に来院していただくようにご協力をお願いいたします。
- 3) 内容によっては、全てのご要望にお応えできない場合がありますことをご理解ください。
- 4) 職員に対する暴言や暴力などの行為があった場合や、入院中のお願い（入院のご案内に記載）が守られない場合、退院していただくことがあります。必要に応じて警察に連絡させていただく場合があります。
- 5) 入院中は、医師の指示による特別な場合を除き、他の医療機関への受診（検査やお薬の処方も含む）はできません。入院時にご持参されたお薬がなくなる場合や、他医療機関の予約が入っている場合などは、病棟看護師にご相談ください。

私は、以上の事項について理解し、同意いたしました。

埼玉協同病院 院長殿

年 月 日

本人氏名

代筆

（続柄： ）