

患者番号  
フリガナ  
患者様氏名  
生年月日  
年齢・性別

※赤枠内のみご記入ください  
※記入漏れが無いようお願い致します

## (記入例) 入院申込書

入院年月日	年 月 日	← ご入院後にスタッフが記入します			
フリガナ 氏 名	キョウリツ ハナコ 共立 花子	保険区分	国保 (社保)	老人 自費	本人 (家族)
生年月日	西暦 年 ○月 △日 (○○ 歳) ご入院時の年齢				
自宅住所	千葉県船橋市習志野台4-13-△△ 固定電話 無い場合は「×」を記入 携帯電話 090-××××-〇〇〇〇				
ご本人勤務先	勤務先名 無い場合は「×」を記入 電話 無い場合は「×」を記入				
家族連絡人①	氏名 共立 太郎 関係 必ずご記入ください				
	住所 千葉県船橋市習志野台4-13-△△				
	電話 090-△△△△-〇〇〇〇				
	勤務先名 共立習志野台病院 電話 047-466-3018				
家族連絡人②	氏名 共立 一子 関係 必ずご記入ください				
	住所 千葉県船橋市習志野台4-17-××				
	電話 080-〇〇〇〇-△△△△				
	勤務先名 無い場合は「×」を記入 電話 無い場合は「×」を記入				
退院年月日	年 月 日	AM	時	分	PM

※家族連絡人は必ず①、②をご記入下さい。



\* 緊急時に連絡のとれる成人の方\*をご記入ください。

※18歳以上(高校生不可)で緊急時に連絡が取れ、  
対応が可能な方。原則親族、不在の場合は、  
職場の方やご友人でも可。

\* 電話番号は、家族連絡人①、②あわせて3回線  
以上ご記入お願い致します。

千葉県船橋市習志野台4丁目13番16号  
医療法人社団 良知会  
共立習志野台病院  
TEL 047(466)3018

医療法人社団 良知会 共立習志野台病院

## 入院誓約書

私はこの度貴院にて入院治療することにつきましては、貴院の諸規則並びに治療上指示されましたことを遵守することは勿論、入院中の心得を守り決して貴院にご迷惑をかけないことを連帯保証人と連署をもって誓約致します。

医療法人社団 良知会  
共立習志野台病院 院長 殿

年 月 日

(入院日を記入)

患者様 氏 名

印

住 所

T E L

\*連帯保証人様 氏 名

印

住 所

T E L

### \*連帯保証人様のご記入について

**独立した生計を営む成人の方\***をご記入ください。

※18歳以上。(高校生不可) 支払いを含め緊急時に対応可能な方。

原則親族、不在の場合は職場の方やご友人でも可。

千葉県船橋市習志野台4丁目13番16号

医療法人社団 良知会

共立習志野台病院

本人の自署であれば押印の必要はありません。

患 者 番 号  
フ リ ガ ナ  
患 者 様 氏 名  
生 年 月 日  
年 齢 ・ 性 別

## (記入例) 個人情報の取扱いに関する同意書

共立習志野台病院(以下「当院」)は、診療およびこれに付随する業務を行うにあたり、患者様の個人情報を取得・利用いたします。当院は個人情報の保護に関する法律および関連法令を遵守し、個人情報を適正に取扱います。

### 【1.利用目的】

当院は、医療事故防止のため、下記に患者様のお名前等を掲示いたします。

- ・ベッドサイド
- ・病室入口(必要時以外は他患者様に見えない仕様です)

### 【2.同意の任意性】

本同意は任意ですが、同意をいただけない場合、適切な医療サービスの提供が困難になることがありますのでご了承ください。

### 【3.お問い合わせについて】

患者様に関するお電話での問い合わせは原則お答えしかねますのでご了承ください。

### 【4.ご面会について】

ご入院中、面会者の制限を希望される方は、入院時にスタッフへお申し出ください。

共立習志野台病院 病院長殿

年 月 日

上記確認の上、個人情報の取扱いに同意します。

(入院日を記入)

本人氏名

印

住 所

電話番号

本同意書の控えが必要な方はお申し出ください。

本人の自署であれば押印の必要はありません。