

入院申込書（兼入院歴確認書・禁煙誓約書）

入院日 年 月 日

診療 番号	
氏名	
生年 月日	性別
日付	

以下の事項についてご確認いただき、☒をお願いします。

・過去3ヶ月以内に他病院へ

- ☐ 入院したことがあります。（裏面へ）
☐ 入院したことはありません。

・面会を断りたい方のみ

- ☐ 面会希望者へ入院していることを教えてほしくない。
（チェックいただいた場合は入院の事実や病室等を誰にも教えません。）

・マイナ保険証以外で保険情報を提示された方のみ

- ☐ オンラインでの「限度額」情報の提供について、同意しません。

名古屋大学医学部附属病院長 殿

- ☐ 私は、貴院における患者の権利・責務に関する資料を受け取り、内容を理解し、同意した上で、貴院に入院を申し込みます。申し込みにあたりましては、次の事項を遵守します。
- ① 診療上の注意事項を守り、病院の諸規則及び指示に従います。
 - ② 入院に関する諸料金を指定の納入期日までにお支払いいたします。
 - ③ 安全面・事故防止の観点から、必要時に個室内の監視カメラを使用することに同意します。
 - ④ 病院内の建物内及び敷地内で喫煙しないことを誓います（外出の許可がない場合は敷地外での喫煙もいたしません。）。
 - ⑤ 私が患者でない場合には、①～④を患者にも遵守させることを約束します。

申 込 人	患 者	〒 現住所	
		フリガナ	
		氏 名	
		生年月日 年 月 日 歳	
		電 話 () 携 帯 ()	
		勤務先 勤務先電話 ()	
		親 権 者 ・ 後 見 人	私は、親権者または後見人として患者の入院に同意します。
	〒 現住所		
	フリガナ		
	氏 名 患者との関係		
	生年月日 年 月 日 歳		
	電 話 () 携 帯 ()		
		勤務先 勤務先電話 ()	
		勤務先住所	

保 証 人 等	連 帯 保 証 人	私は、診療費など、本入院に基づき申込人が負担する一切の債務につき、連帯して保証し、支払いの責任を持ちます。	
		〒 現住所	
		フリガナ	
		氏 名 ☒ 印 ↓自署の場合は○を付けてください。 (自署 または 記名・押印) 患者との関係 (極度額100万円) ※支払能力のある成年者で申込人とは別世帯または別生計の方。(配偶者は不可) 「入院のご案内」1ページ をご確認ください。	
		生年月日 年 月 日 歳	
		電 話 () 携 帯 ()	
		勤務先 勤務先電話 ()	
		身 元 引 受 人	私は、患者の身上に関することをすべて引き受けます。(緊急連絡先)
	〒 現住所		
	フリガナ		
	氏 名 患者との関係		
	生年月日 年 月 日 歳		
	電 話 () 携 帯 ()		
	勤務先 勤務先電話 ()		
			勤務先住所

※緊急入院で、入院申込書が入院当日に提出できない場合は、入院日から1週間以内に入院受付（病棟1階）へご提出ください。

入退院の確認について

診療 番号	
氏名	
生年 月日	性別
	日付

- ・ 今回の入院日より3ヶ月以内の他病院での入院歴をご記入ください。
- ・ 入院歴のない方、または他病院の退院証明書をご提出いただける方は入院歴のご記入は不要となります。

・ 厚生労働省の通知により、患者さんの過去の入院歴を確認することが保険医療機関に義務付けられています。正しく申告されない場合には、入院料の一部が自己負担となることがありますので、必ずご記入ください。

入院されていた 病 院 名	:	
入院されていた 診 療 科	:	
入 院 期 間	:	年 月 日 ~ 年 月 日
☆ 今回の入院は、上記病院と同じ病気で入院ですか？		
☐ 同じである。		
☐ 同じではない。 { ※病名については、おわかりになる範囲でご記入ください。 }		

入院されていた 病 院 名	:	
入院されていた 診 療 科	:	
入 院 期 間	:	年 月 日 ~ 年 月 日
☆ 今回の入院は、上記病院と同じ病気で入院ですか？		
☐ 同じである。		
☐ 同じではない。 { ※病名については、おわかりになる範囲でご記入ください。 }		

入院されていた 病 院 名	:	
入院されていた 診 療 科	:	
入 院 期 間	:	年 月 日 ~ 年 月 日
☆ 今回の入院は、上記病院と同じ病気で入院ですか？		
☐ 同じである。		
☐ 同じではない。 { ※病名については、おわかりになる範囲でご記入ください。 }		