|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 诊疗科 | ※ | 住院楼 | ※ | ID号码 | ※ |

住院申请书

关于本次住院，本人已充分理解医院的说明，现提出住院申请。住院后，本人将遵守医院的各项规定及诊疗指示。有关紧急联系及咨询、意愿表达的代理，由身元保证人承担，有关患者负担的费用，患者与连带保证人联署承诺，只要医院发出指示，患者将无延迟地支付。

年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者本人 | 住址 | 〒 | |
| (平假名)  姓名 |  | 电话号码 |
| 出生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日（　　　　　岁） | |
| 职业或工作单位 | 单位名称  单位地址　　　　　　　　　　　电话号码 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身元保证人 | 住址 | 〒 | |
| (平假名)  姓名 |  | 电话号码 |
| 与患者的关系 | 配偶・父母・子女・兄弟姐妹・孙・祖父母・其他（　　　　　） | |

（注）身元保证人负责承接本院紧急联系・咨询及患者出院时的对接，是患者意愿表达困难时的代理人。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 连带保证人 | 住址 | 〒 | |
| (平假名)  姓名 |  | 电话号码 |
| 与患者的关系 |  | |
| 职业或工作单位 | 单位名称  单位地址　　　　　　　　　　　电话号码 | |
| 限度额 | 200,000日元（自住院日起3个月以内） | |

（注）连带保证人须与患者来自不同家庭，且已有经济来源保证自己的独立生活，对于患者应支付的住院费及其他各项费用，要在限度额范围内进行连带保证。

　　　为确认，可能与其联系，敬请知晓。

安昙野红十字医院院长 阁下

* 请务必阅读背面的“填写要求”。
* 填写后，请从速交至1楼的综合受理处（工作日8：30～17:00），以外时间请交至1楼急救门诊窗口。
* 请于工作日8:30～17:00在1楼综合受理处咨询“住院负责人”。

（填写要求）

1. 申请住院时，鉴于患者的身体状态，如难以向患者本人取得同意，则以身元保证人的同意来代表患者的意愿。（如患者是未成年人，则由法定代理人的监护人代理）。
2. 身元保证人负责患者出院或转院时的对接，对应患者的紧急联络、咨询。
3. 关于连带保证人，请选择与患者来自不同家庭、且有经济来源保证独立生活的人士。
4. 根据2020年4月1日起实施的民法修改，规定了连带保证人的保证限额。本院对住院3个月以内的保障限额设定为200,000日元。患者住院超过3个月时，将另行设定连带保证人限额。
5. 填写事项发生变更时，请从速告知院方。
6. ※栏无需填写。

（关于个人信息的处理）

患者个人信息会用于病房、病床名牌的标示，或用于对应探视者来院时等情况。如您不同意标示请告知。不同意也不影响您接受与往常相同的恰当的医疗。

＜咨询＞

〒399‐8292

长野县安昙野市丰科5685

安昙野红十字医院

负者人：医事科住院负责人

ＴＥＬ　0263‐72‐3170

时间：周一～周五　8:30～17:00