

病歴

区分

ふりがな

患者氏名

生年月日

現住所

電話番号

上記の者について、貴院への入院を申し込みます。

最近3ヵ月以内で、柏原病院以外に入院されていた方

- ・入院先の医療機関 (日本 柏原市十字病院)
- ・入院期間 (平成 30 年 11 月 20 日 ~ 平成 31 年 1 月 15 日)
- ・傷病名 (間質性肺炎)

入院履歴について、上記のとおり間違いありません。

入院の上は、貴院の定める入院診療計画に従い、医療費の支払い、規則並びに指示事項を固く守り、万一違反した時は何時退院を命じられても異議は申しません。

平成 31 年 / 月 21 日

兵庫県立柏原病院長 様

(申込人)

氏 名

住 所

患者との

連 帯 保 証

上記の者が貴院に入院した時は、本人の入院中の身元に関する一切の事項及び入院中の費用が規定の納期日までに納入できなかった場合は、私達兩名連帯してその責務を負担することを保証します。

兵庫県立柏原病院長 様

平成 年 月 日

氏 名

生年月日

郵便番号

住 所

電話番号

勤務先

患者との関係

勤務先

患者との関係

パソニックライティングシステムズ(株)長女