

入院同意書

ふりがな

患者 氏名	男 女	年齢	歳	科名	病室番号	号	職業	
患者 住所					科	臓器提供意思表示カード(ドナーカード)の有無 有・無		
					(方)	電話	()

貴院への入院に際し、「入院のご案内」記載の入院に関する諸事項を承知し、特に下記事項についてはご迷惑をかけないことを連絡先の近親者と連帯の上同意いたします。

記

1. 院内の諸規則を堅く守り、診療、院内生活、退院時期等については貴院のご指示に従います。
2. 入院にあたり現金・貴重品の持ち込みは極力控え、自己責任において管理致します。
3. 入院中他院への受診については担当医に相談のうえ貴院のご指示に従います。
4. 入院料は指定の期日までにお支払いいたします。
5. 各種診断・証明書、病衣貸与、クリーニング等を依頼した場合は、代金を指定の期日に同意しお支払いいたします。
6. 病院内の敷地内全面禁煙（健康増進法の規定）、周辺の路上喫煙禁止（ 歩行喫煙等の防止に関する条例）、などの社会的規定を理解し、入院中はこれらを遵守いたします。

入院年月日 平成 年 月 日

本人（または代理人）氏名



第一連絡先	氏名	続柄 ()	職業	連絡先 (勤務先名称)
	現住所	()	方)	連絡先 (電話) { 自宅 () 携帯電話 () 勤務先 ()
第二連絡先	氏名	続柄 ()	職業	連絡先 (勤務先名称)
	現住所	()	方)	連絡先 (電話) { 自宅 () 携帯電話 () 勤務先 ()

(注) 第一連絡先は近親者の方をご記入願います。