

医療法人報徳会宇都宮病院 レスパイト入院申込書（兼誓約書）

申込日 令和 年 月 日

事業所名	申込者
	連絡先

フリガナ	*患者ID	(当院で入力)
患者氏名 (男・女)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

住所	〒 -
----	-----

保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 生活保護（ 福祉事務所） <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

主介護者	氏名	続柄
	住所	
	連絡先	

入院希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※原則14日以内
--------	------------------------------

3か月以内 の入院歴	<input type="checkbox"/> 無	医療機関名：
	<input type="checkbox"/> 有	入院期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

入院希望理由	
--------	--

退院について	退院時間 (:)	退院先 ()	移動方法 ()
--------	---------------	------------	-------------

誓約書

- ・「レスパイト入院のご案内」及び院内の諸規定を遵守いたします。
- ・万一、各種規則に違反したとき、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を誓約いたします。

(自署の場合押印不要)

患者氏名： 印 家族氏名： 印

(主介護者以外の場合以下記載)

住 所：

連絡先：