第１号様式

入　院　申　込　書

①入院希望者	（フリガナ） 氏　　名		性別	男・女	生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日 平成
	（フリガナ） 現 住 所	〒				

②家族の状況	氏　　名	年令	入院希望者との続柄	同居・別居の別	職業・勤務先	備　　考

③事故発生年月日	平成・令和　　年　　月　　日
④現在治療・介護を受けている場所	1　自宅 2　病院　名称　　所在地 3　その他　名称　　所在地
⑤現在介護に従事している者及び直近１ヶ月間の介護日数	1　病院その他の施設及び事業所の職員 2　家族　（主たる介護者の氏名　　） 3　その他　（　　） ＜　　日＞

⑥治療又は介護等に関する費用の支払状況（直近３ヶ月分）	支 払 先	1病院その他の施設	2事業所	3その他
	支払金額（平均月額）	円	円	円

⑦入院した時の費用負担者		
	氏　　名	入院希望者との続柄 （　　）
	連 絡 先	〒 TEL
	支払方法	

湘南東部総合病院への入院をご承認ください。ついては、上記の記載事項は事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

湘南東部総合病院
院長　大川　伸一　殿

入院希望者　氏名

申　込　者　氏名　　印
入院希望者との続柄（　　）

申込者住所

申込者TEL