

NICU入院申込書

この度の入院については、病院からの説明を十分に理解しましたので、入院を申し込みます。入院後は病院の諸規則並びに、診療上指示されましたことを守り、診療に関する患者負担の費用については、病院からの指示があり次第、遅滞なく支払うことを連帯保証人をもって約束します。

お名前が決まっていない場合は名字のみで結構です。

2014 年 1 月 1 日

お子様名: ふりがな にっせき たろう 日赤 太郎 (お子様のお名前)

保証人

父親: ふりがな にっせき いちろう 日赤 一郎 (保護者) 日印

母親: ふりがな にっせき はなこ 日赤 花子 (保護者) 日印

生年月日: S・H 56 年 3 月 1 日

生年月日: S・H 62 年 8 月 30 日

年齢: 33 歳 血液型: O 型 (+)・-

年齢: 30 歳 血液型: B 型 (+)・-

連絡先: 090-9999-9999 緊急連絡

連絡先: 080-8888-8888 緊急連絡

現住所: 〒 753-8519 山口市八幡馬場53-1

帰省先: 〒 753-0889 山陽小野田市大字小野田3700 山口一子 様方

連帯保証人 お子様との続柄: (祖父) 祖父母・その他 ()

氏名: ふりがな にっせき じろう 日赤 次郎 日印 連絡先: 012-345-6789 緊急連絡

現住所: 〒 123-4567 山口市滝町1-100-111 (お子様本人と世帯が別の住所)

その他の緊急連絡先 1. 090-1234-5678 お名前: 山口 一子 お子様との続柄: 祖母

必要な場合のみ
記入して下さい

※記入にあたってのお願い

1. 連帯保証人については、保証人とは別世帯で独立した生計を営んでいる方を選定してください。
2. 記入事項に変更が生じた場合には、すみやかに申し出ください。
3. 緊急連絡先は2カ所以上設定して下さい。

※個人情報に関する取り扱い

1. 患者さんの個人情報を病室やベッドの名札表示、面会者が来院した場合の対応のために利用することがあります。同意されない場合には申し出ください。

1. お子様の状態(入院理由)について主治医からの説明をどのように聞かれましたか?

例) 早産児のため、体重が2500g未満であったため、呼吸が速いため、黄疸の治療のため、母体糖尿病児であるため など

2. お子様の状態について、ご両親の他にどなたに説明すればよろしいですか?

祖父母など

3. 育児経験はございますか? 有 ・ (無)

4. お母様ににとって育児の援助者、相談相手はいらっしゃいますか? (有) ・ 無

5. お子様の入院で不安なことは何ですか?

① お子様の病気について

例) 成長について、無事に育つかどうか など

② お母様自身の体調についての不安

例) 傷が痛い、母乳が出るか など

③ その他(経済的なこと、育児についてなど)

例) 入院費について など

特にない場合は
「なし」とご記入下さい

患者家族サイン(記載者): 日赤 一郎

受領者: (未記入)