

入院申し込み書

ふりがな		男 女
お名前		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
医療生協さいたま生活協同組合	組 合 員 未 組 合 員	
住 所		
電 話		
携 帯 電 話		

緊急時の連絡先

お名前	①	続柄	②	続柄
住 所				
電 話				
そ の 他	夜の連絡先		夜の連絡先	

個人情報の取り扱いについて

安全確保のためお名前を病室入り口に掲示してもよろしいでしょうか	はい・いいえ
ご面会の方がお見えになった場合、病室をお伝えしてもよろしいでしょうか	はい・いいえ

歯科診察について

治療上必要な場合、主治医の判断で歯科医師に歯の治療を依頼します。その際、	
埼玉協同病院とは別に歯科診療所の料金が発生しますがよろしいでしょうか。	はい・いいえ

※防犯上、監視モニターを設置しております。ご了承下さい。

埼玉協同病院 院長様

年 月 日

氏 名 ④