

HJマグノリア国際病院 病院利用 申請書

(2 ページになっています。)

20 年 月 日記入

病院利用期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
当院への来院歴	あり (☐ 外来 / ☐ 入院) ・ なし		
フリガナ 氏 名	(男・女)	※西暦で 生年月日	年 月 日(満 歳)
所属教会	教会	連絡先	☎ / FAX: E-mail :
フリガナ			
自宅住所	〒 ☎(自宅) (携帯) E-mail :		
緊急 連絡先	氏 名 (フリガナ)	関 係	連 絡 先
付き添い	(あり ・ なし) ※付き添い者は原則1名迄.家族に限ります。 氏名 : 患者との続柄 : 生年月日 : 祝福双: 連絡先 :		
利用病室	□5人室 □個室 ※個室を利用する場合、別途に差額ベッド代が必要となります。		
保険 種類に○	生命保険(書式持参)、旅行者保険、公的保険 : 国民・社会・その他 ()		
アレルギー 食べられない食べ物	なし ・ あり ()		
病名		現在の 症状	
◆病気の発病から現在までの経過や主治医からの説明等			
◆現在、どのような治療をしていますか？また今後どのような治療を進めていきたいですか？			
◆ 現在内服中の薬はありますか？(あり ・ なし) ※ありの方は、必ず滞在日数分(精神科は数日分のみ) ご持参ください。 *薬の種類 :			

◆ 自分の身の回りのことは1人で出来ますか？手助けが必要な部分があればお知らせください。 例)移動に車椅子が必要、トイレ介助が必要等									
入国・出国情報									
入国便：		年	月	日	時	分着	便名()		
出国便：		年	月	日	時	分発	便名()		
利用空港：仁川 ・ 金浦									

病院利用に際してのお知らせ(家庭医学科)

2024年 月 日

HJマグノリア国際病院を利用される場合、以下についてあらかじめ同意をお願いいたします。

1. 病院利用中、病状悪化に伴い、主治医が当院での治療および管理が困難と判断した場合、近隣の大型病院への転院入院し、治療を受けていただきます。
2. 日本の健康医療保険が使えないため、韓国で受ける治療費は全額自己負担となります。
3. 渡航に関しては、患者様ご本人の責任の下でしていただきます。

同意書

2024年 月 日

HJマグノリア国際病院長 殿

私は上の「病院利用に際してのお知らせ」を了承の上、貴院を利用することに同意いたします。

(患者本人) _____ (印)

(保護者) _____ (印)

病院利用に際してのお知らせ

2024 年 月 日

精神科患者様の病院利用は、本館一般病棟に他科の患者様と一緒に利用することになります。

それに伴い、当院精神科を利用される場合、以下についてあらかじめ同意をお願いします。

1. 自傷他害の危険性がある患者様の利用または入院を基本的にお断りします。
2. 病院利用及び、入院時に自傷他害の症状がなく利用されても、利用中にそれらの症状が出現し、主治医が調節困難と判断した場合、即時帰国していただくか、帰国が困難な場合は近くにある当院提携精神科病院への転院入院に同意していただきます。

同意書

2024 年 月 日

HJマグノリア国際病院長 殿

私は上の「病院利用に際してのお知らせ」を了承の上、貴院を利用することに同意いたします。

(患者本人) _____ (サイン)

(保護者) _____ (サイン)