

入院誓約書

この度、貴院へ入院するにあたり、下記の注意事項・諸規則等を遵守することを誓約いたします。万一、貴院の諸規則に違反し、または職員の指示に従わなかった場合、退院を命じられても異議は申し立てません。

1. 入院中は、医師、看護師及びその他の職員の指示に従います。
2. 入院案内及び院内掲示物の記載事項を遵守します。
3. 病状や感染症管理、医療安全管理等により、病室や病棟等の移動が必要と判断された場合には、その指示に従います。
4. 退院の指示があった場合は、指定期日までに退院します。
5. 保険証・住所等に変更があった場合は、遅滞なくお知らせいたします。
6. 入院費用及びその他の諸費用は、指定期日までに支払います。
7. 職員に対し、種々のハラスメント行為を行いません。

令和 年 月 日

さんだりハビリテーション病院 病院長 殿

患者氏名 _____ ⑨ 男・女
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所 _____
電話番号 自宅 () —
 携帯 () —

私は、上記患者に関する身元の引き受け及び患者が誓約した上記事項 1～7(6の費用に対する補償極度額は10万円を上限とする)について責任を負うことを誓約いたします。

【身元保証人】※患者様と同一世帯の方でもかまいません。

氏 名 _____ ⑨ 男・女
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所 _____
電話番号 自宅 () —
 携帯 () —
勤務先名 _____
勤務先電話番号 () —
患者との関係 配偶者・子・父・母・孫・その他 ()

ご連絡先・請求書送付先・支払い方法について

患者氏名	様
------	---

* 連絡先は必ず2箇所ご記入ください。

* 電話番号は、**連絡のつきやすい番号**をご記入ください。

連絡先①	氏 名		続柄	
	住 所	〒		
	携帯電話	— —	固定電話	— —
連絡先②	氏 名		続柄	
	住 所	〒		
	携帯電話	— —	固定電話	— —

メールアドレスは当院からのお知らせや案内または、電話が繋がらない場合に利用します。

メールアドレス	お名前
	メールアドレス @

請求書送付先	☐ 連絡先①の方に送付 ☐ 連絡先②の方に送付 ☐ 患者様ご本人に手渡し			
	それ以外の方は、以下にご記入ください。			
	氏 名		続柄	
	住 所	〒		
	携帯電話	— —	固定電話	— —

お支払い方法 (変更は可能です)	☐ 病院受付でお支払い 現金またはクレジットカード(JCB、VISA、Mastercard) 平日9:00~16:00まで
	☐ 銀行振込 振込先は請求書に記載しています。振込手数料はご負担ください。

退院時のお支払いについて	概算のお知らせ	必要	不要
--------------	---------	----	----

保険外費用の負担同意書

当院では、健康保険法の療養費用に該当しない下記の保険外の費用について、その料金や利用回数に応じてご負担をお願いしております。費用が発生しましたら、その都度請求をさせていただきます。

種類		金額(税込み)
文 書 料	一般診断書(当院所定用紙)	3,300円 / 通
	入院診断書(保険会社用)	4,400円 / 通
	診断書(成年後見人)	5,500円 / 通
	身体障害者診断書	5,500円 / 通
	年金関係 診断書	5,500円 / 通
	(後遺)障害診断書	5,500円 / 通
	死亡診断書(1通目)	5,500円 / 通
	死亡診断書(2通目)	2,200円 / 通
	自賠責診断書	5,500円 / 通
	自賠責明細書	5,500円 / 通
	領収証明書(1回につき)	1,100円 / 通
	臨床調査個人票(難病)	3,300円 / 通
	その他診断書(身体計測あり)	5,500円 / 通
	その他診断書(身体計測なし)	4,400円 / 通
	その他診断書(簡単なもの)	3,300円 / 通
	当院規定証明書(事務作成)	1,100円 / 通

通 信 費 他	TEL(市内・市外)	10円 / 回
	FAX(市内・市外)	10円 / 回
	コピー	10円 / 枚
	レントゲンコピー代(CD-R)	1,100円 / 枚

種類		金額(税込み)
カ ル テ 開 示 手 数 料	発行手数料(コピー代は別途)	2,200円 / 回
	開示手数料(文書による照会)	5,500円 / 通
	開示手数料(主治医との面談)	5,500円 / 回
	開示手数料(レントゲンコピー CD-R)	1,100円 / 回
	開示手数料(カルテ)	5,500円 / 回

そ の 他	付添寝具(別途許可書が必要)	330円 / 日
	診察券再発行料	550円 / 枚
	写真代(証明書用)	110円 / 枚
	死後の処置料	22,000円 / 回
	寝巻き	2,200円 / 枚
	寝具等汚染・破損	実 費
	設備の過失破損	実 費
	オンライン診療の診療前相談	無 料

【特記事項】
病室のうち個室を希望される場合は、別途「室料差額」の同意書をいただきます。

さんだりハビリテーション病院 病院長 様

私は、上記の費用が発生した際には、その費用を負担することを同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 ㊟
※捺印が不可の場合は署名でも可

代筆者氏名 ㊟
※捺印が不可の場合は署名でも可

(続柄)

転倒転落事故防止対策とご連絡について

入院生活は、住み慣れた家庭とは異なるため、環境の変化に加えて、病状による運動機能や精神機能の低下などにより、思いがけない転倒やベッドなどからの転落の危険性が指摘されています。

そのため、安全には十分に注意致しますが、万が一、転倒や転落により骨折の可能性や緊急性を要する状況が生じた場合は、深夜、早朝を問わず、ご家族様にご連絡をいたします。

転倒や転落が発生した際、緊急性が低いと判断した場合の連絡については、下記の中からお選びいただきますようお願い致します。

転倒、転落が起きた時

1. どのような場合でも、深夜・早朝を問わず連絡を希望する
2. 特に問題がないようなら、日中の連絡を希望する。
3. 特に問題がないようなら、面会時に状況を教えて頂きたい。
4. その他 ()

令和 年 月 日

患者氏名 _____

ご家族様氏名 _____ 続柄 ()

入院時に持参して頂きたいお薬について

医師がより安全で適確なお薬を処方するためには『現在服用されているお薬（外用・内服・インスリンを含む）』を正確に知っておく必要があります。

- * 現在服用中のお薬すべて（外用薬、インスリンなども含む）
- * 転院してこられる方は現在入院中の病院で服用されているお薬すべて
- * かかりつけ医にて処方された、現在自宅にあるお薬（目薬、軟膏なども含む）

以上のお薬すべてを入院時に受付までご提出下さい。

入院中はお薬手帳も併せてお預かりしたまとなります。

●現在服用中・使用中の薬 すべて

毎日服用する薬・頓服で服用する薬・外用薬 など



自宅で使用していた
緑内障等の目薬は
ありませんか？

インスリン製剤 など



●お薬手帳や薬剤情報提供書 など



薬局では、前院より持参された薬の内容を鑑別し、当院入院中にも使用出来るものは継続服用（使用）して頂いております。

持参薬終了後は、原則として当院採用薬へ切り替えます。ご了承下さい。

持参薬のうち、当院主治医より「服用中止」の指示が出た薬や、当院薬へ置き換えられた際に余った薬が出る事があります。

中止薬や残薬の扱いについては、どのように希望されますか？

1. 薬局で廃棄して欲しい

2. 返却して欲しい

年 月 日

患者様 氏名 :

ご家族様 氏名 :

続柄 :

尚、残薬及びお薬手帳の返却は退院時となります。

さんだりハビリテーション病院 薬局

カスタマーハラスメント防止および療養環境維持に関する確認書

医療法人社団 和敬会 [さんだリハビリテーション病院]

当院では、すべての患者様が安心して療養でき、また職員が安全に医療・介護サービスを提供できる環境を維持するため、入院患者様およびご家族・関係者の皆様に、下記の行為についてご理解とご協力をお願いしております。

下記の行為が認められた場合には、行為の内容・程度・継続性、患者様の心身の状態、他の患者様や職員への影響その他の事情を考慮し、必要に応じて注意・警告、面会方法の調整その他の対応を行います。重大な場合、改善が認められない場合、または安全確保のため緊急の対応が必要な場合には、退院・転院等についてご相談することや、警察その他の関係機関へ相談・通報することがあります。

【対象となる行為】

- ☐ 他の患者様、ご家族・関係者または職員に対する暴力、暴言、威嚇、脅迫、ハラスメントその他これらに類する行為
- ☐ 他の患者様の療養環境または職員の業務に著しい支障を及ぼす行為
- ☐ 社会通念上相当な範囲を超える要求、長時間にわたる拘束、繰り返しの要求等により病院業務を妨げる行為
- ☐ 病院施設・設備・備品等を故意に汚損・破損する行為
- ☐ 刃物その他の危険物、または院内の安全を脅かすおそれのある物品を持ち込む行為
- ☐ 院内での喫煙・飲酒
- ☐ 病院の許可を得ない撮影・録音・録画、またはそれらの画像・音声等を第三者へ公開・配信する行為
- ☐ 患者様や職員に対する無断の営業、勧誘、宗教活動その他これらに類する行為
- ☐ その他、病院の秩序、安全または療養環境を著しく損なう行為

※ 患者様の病状、認知機能、障害特性その他の事情により行為が生じている場合には、その事情を踏まえて個別に対応します。

【確認事項】

私は、上記内容について説明を受け、その趣旨を理解し、療養環境の維持に協力します。

確認日	年	月	日
患者氏名	Ⓔ		
ご家族（代理人）氏名	Ⓔ		
続柄			

※ ご本人による署名が難しい場合は、ご家族・代理人の方にご記入をお願いする場合があります。