

# 入院申込書

社会医療法人 鳩仁会 札幌中央病院長 殿

貴院へ、連帯保証人連署の上入院を申し込みます。

入院年月日 年 月 日

患者本人	ふりがな 氏名	性別	生年月日
		男・女	年 月 日
	現住所	☎連絡先1( ) ☎連絡先2( )	
世帯主	※本人と世帯主が同一の場合は、記載不要です。		
	ふりがな 氏名	入院者との関係	
連帯保証人	※生計が一つで同一世帯の方は、連帯保証人対象外になります。 ※名字が患者本人と同じ場合、異なる印鑑で捺印ください。		
	ふりがな 氏名	入院者との関係	
	現住所	☎連絡先( )	
	勤務先	所在地	☎連絡先( )

入院中は、診療上の指示や病院の決まりを守り、下記の事項を誓約いたします。

- 入院治療費、自己負担金、その他病院に対する支払いについては遅滞なく納金いたします。  
万一、本人が指定期日までに納金できないときは、連帯保証人が極度額40万円の範囲内にて責任を負い、請求に従い遅滞なく支払います。
- 職員の指示なく、スタッフステーション・他の病室・立ち入り禁止区域には出入りしません。
- 病状により、病室の移動や退院を求められたときには、職員の指示に従います。
- 患者本人・世帯主・連帯保証人の住所や連絡先が変更になった場合は、速やかに申し出ます。
- 入院案内にある規則や注意事項を遵守し、安全な入院生活をおくります。

## 入院についての自己申告のお願い

これまでの入院について、正しく自己申告されなければ、入院費の自己負担額が変更になる場合がありますので、必ずご記入ください。

- あなたは、過去3か月以内に病院（保険医療機関）に入院していたことがありますか？【はい・いいえ】
- 【はい】と答えられた方は、病院から発行された『退院証明書』を医事課受付までご提出願います。  
『退院証明書』をお持ちでない方は、以下にご記入ください。

イ 前回入院した病院名 \_\_\_\_\_

ロ 入院していた期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

裏面へ続く →

# 個人情報保護、保険外サービス、感染症検査、入院療養生活に係る同意

## 1. 個人情報保護に関する本人意思確認について

以下の内容について、『許可しない』場合のみ✓をご記入ください。

✓の記載がない場合や本書類を提出されるまでの期間は、①～③について「許可する」として対応しますので、予めご了承ください。

① 入院されていることの電話問い合わせや、面会者に病室を知らせる	<input type="checkbox"/> 許可しない（答えない）
② 病室入口に名札を掲示する	<input type="checkbox"/> 許可しない（掲示しない）
③ 院内放送（呼出）で名前を呼出する	<input type="checkbox"/> 許可しない（呼出しない）

- ①について、『許可しない』にご記入された場合は、ご家族やご親族であってもお答えいたしませんので、ご面会される方には事前に入院病室をお知らせ願います。
- 上記内容については、入院中いつでも変更ができます。遠慮なく看護師までお申し出ください。
- 当院の個人情報保護に関する取扱いは、1階受付前に掲示しております。

## 2. 保険外負担に係るサービス等の費用について

保険外負担に係るサービス等の費用を、医療費と併せてご請求させていただきます。

項目別の料金、サービス内容については入院のご案内をご覧ください。1階受付前にも掲示しております。

## 3. 感染症検査について

患者様の健康状態をできる限り正確に知り、高い信頼性と安全性のもとで医療を実施するため、手術、処置、検査の前などに感染症の検査を受けていただいております。また、使用後の針や医療機器による受傷、血液などによる粘膜曝露等が起きた場合に感染症の対応を速やかに行う目的で感染症検査を受けて頂く事があります。

通常、検査をする項目は、B型肝炎、C型肝炎、梅毒トレポネーマ、HIV（後天性免疫不全症候群）などですが、医療上の必要に応じて項目の一部を省略、または追加したりすることがあります。

## 4. 入院療養生活中に以下の行為を行った場合には、その時点で退院を命じられても異議はありません。

- 病院職員及び他の患者様に対し、暴言・暴力・威圧行為・セクシャルハラスメント等の行為を行った場合。
- 病院内及び敷地内での器物破損行為、危険物の持ち込み、その他迷惑行為を行った場合。
- 解決し難い要求を繰り返し行うなど、円滑な診療や業務を妨害する行為を行った場合。
- 正当な理由なく、医師の指示に従わない場合。
- その他、病院内及び敷地内での喫煙、飲酒や賭け事など、風紀や秩序を乱す行為を行った場合。

### 同意確認

社会医療法人 鳩仁会 札幌中央病院長 殿

上記について同意及び承諾いたします。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者氏名 \_\_\_\_\_

※患者様が署名できない場合のみ、代筆者のご署名をお願いします。

代筆者 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

●この用紙は、1階医事課受付（平日9時～17時）へご提出ください。