船橋市立リハビリテーション病院　院長　殿　　入院時に提出してください。

入院誓約書

私は入院にあたり、連帯保証人と共に、下記事項に誓約いたします。

記

(4人床室及び、個室入院の患者さま)

1.入院中は、病院の規則を守り、診察上の指示に従います。
2.診療費、その他の諸料金は本人または連帯保証人が遅滞なく支払います。
3.本人の身元につきましては、家族連帯保証人が一切を引き受けます。
4.退院・転院につきましては、主治医の指示に従います。
5.上記に反した場合や、飲酒・喫煙、セクシャル・ハラスメントや暴言・暴力行為等、貴院や他の入院患者さま等に迷惑をかける行為を行い、退院を命ぜられた場合は速やかに従います。
6.故意または過失により貴院の施設・備品等に損害を与えた場合には、保証人と連帯して弁償します。
7.1万円以上の現金や貴重品は持込みません。やむを得ず院内で保管し、万が一、盗難や紛失などがあっても貴院には一切責任を問いません。

入院年月日　　年　　月　　日			患者ID　(　　)	
入院者	フリガナ		男・女	大・昭・平・令　　年　　月　　日生
	氏名　　㊞			(　　歳)
	住所	〒　　電話　　(　　)		
※緊急連絡人 申込者	フリガナ		入院者との続柄	大・昭・平・令　　年　　月　　日生
	氏名　　㊞			(　　歳)
	住所	〒　　電話　　(　　) 携帯　　(　　)		

当院では入院に際して下記条件を満たす連帯保証人を立てていただくか、医療費債務保証会社への加入のどちらかを選択していただいております。

■連帯保証人の要件

極度額（連帯保証人が支払いの責任を負う上限金額）　①1,000,000円 または ②2,000,000円 までとします。

(①は4人床室への入院の場合　②は入院から退院まで個室入院の場合)

1．連帯保証人様が入院医療費の極度額を理解していること。
2．連帯保証人様が入院医療費の内容、支払い予定額を理解していること。
3．連帯保証人様が明確に連帯保証する意向であること。
4．連帯保証人様本人のご署名にあわせて公的機関発行の身分証明書を提出すること。
5．連帯保証人様は入院患者と別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者(※)の方で支払い能力があること。

※保護者を除く。二世帯でも可。

注１：緊急連絡人(申込者)欄も必ずご記入お願い致します。なお、一人暮らしの方は別世帯の方で構いません。
注２：連帯保証人は別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者の方で公的機関発行の身分証のコピーのご提出が必須となります。
注３：一人暮らしの場合、緊急連絡人(申込者)と連帯保証人が同一の方になることがあります。

■入院医療費保証サービス申込欄　（連帯保証人不要で入院いただけるサービスです。）

別紙の「入院医療費保証サービスのご案内」に記載された約款及び重要事項説明書を確認の上、

入院医療費保証サービス（10,000円）に申し込みますか？　□はい　□いいえ

(記入者氏名：　　)

※「はい」の場合は、入院当日に１階会計窓口で保証料をお支払い下さい。
※「いいえ」の場合は、下記要件を満たす連帯保証人に入院医療費を保証していただく必要があります。
入院のご説明の際にお渡ししております『連帯保証人引き受け承諾書』に連帯保証人の自署でご記入をしていただき本人確認書類（※公的機関発行の身分証）を添付の上、入院当日までに総合受付の窓口までご提出ください。
※（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード(フィルムに入れ個人番号が見えない状態のもの)、住民票(個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）、印鑑証明書のいずれかのコピーのご準備を必ずお願いします。）

■保証限度額及び保証期間　1,000,000円/保証期間約180日　■保証受託会社：ナップメディカル/ナップ賃貸保証(株)

※連帯保証人を立てられず、保証会社の加入も難しい場合は個別のご相談が必要となります。

NM20230718

「連帯保証人引き受け承諾書」

個人として連帯保証人を引き受けられる方へ
以下の点につきましてご確認の上、チェックボックスにレ点チェックをご記入ください。
また、署名押印の上必要書類と合わせて提出をお願い致します。
※ご確認事項

1　極度額について、ご理解されていますか。　はい□
　極度額とは、主たる債務者である入院患者様が医療費のお支払いについて未納となった場合に、連帯保証人の方が支払う義務を負う上限額のことを言います。当院では、４人床室への入院の場合は１００万円、入院から退院まで個室入院の場合は２００万円となります。

2　連帯保証人となる意思は明確にありますか。　はい□
　連帯保証人になれば、上記の極度額の範囲で、患者様の入院費用について支払義務を負うことになります。緊急連絡先とも保証人とも全く異なり催告の抗弁権・検索の抗弁権が無く、極めて大きな法的責任が生じます。この点を十分にご理解ください

3　入院患者様またはご家族様から、入院に必要な費用等の説明は受けましたか。　はい□

4　**入院患者様と別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者で極度額までの支払い能力はありますか**　はい□

5　連帯保証人欄の署名押印は、必ず連帯保証人様ご自身で行ってください。

※提出必須書類

御本人確認のため、以下いずれかの書類のご提出をお願い致します。

□運転免許証のコピー　□パスポートのコピー
□マイナンバーカードのコピー（フィルムに入れ個人番号が見えない状態のもの）
□住民票のコピー「個人番号（マイナンバー）」の記載のないもの
□印鑑証明書のコピー

上記の内容を十分に理解した上で＿＿＿＿＿＿＿氏の西暦　　年　　月　　日から入院予定の入院医療費についての連帯保証人を引き受けることを承諾いたします。

※必ず自署にてご記入ください※

記入日（西暦）　　年　　月　　日

氏　名　　印　　入院患者との続柄

性　別　　男　・　女　　生年月日（西暦）　　年　月　日

住　所　〒

電話（自宅）　　電話（携帯）

勤務先名称　　勤務先電話番号

勤務先住所　〒

極度額　100 万円または 200 万円　　極度額・・・連帯保証人が支払いの責任を負う上限金額（入院ごと）

極度額を超えて治療が必要になったときは、連帯保証人引き受け承諾書を改定して新たな極度額について協議することに合意します。

空欄にはせず，該当ない場合は　なし　とご記入ください。

入院医療機関名：　　船橋市立リハビリテーション病院　御中

NM20230706

船橋市立リハビリテーション病院　院長　殿

入院時に提出してください。

医療安全対策に係る患者認証カードについての同意書

私は、貴院への入院時、医療安全対策として貴院が採用する「患者認証カード」の作成の為の写真撮影を行い、その写真を使用することに同意致します。
なおカードは、入院中病院内にて、検査・食事提供等における患者誤認防止に使用するものとし、退院時には貴院にて責任を持って破棄していただきます。

申込日　　年　　月　　日

申込者

患者氏名	
代理人氏名 ※本人の場合は記入の必要はありません	患者との関係（続柄）：（　　）

医療機関側説明者（説明を行った年月日：　　年　　月　　日）

氏　　名	

入院時に提出してください。

保険外負担料金同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料・利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。料金表にある下記の内容について同意をいただいた上で、署名・捺印をお願いいたします。

同意チェック	各種文書料（税込）	1枚につき
□	普通診断書	1,650円
□	生命保険用　特別診断書	5,500円
□	交通事故用　特別診断書	5,500円
□	その他　特別診断書	3,300円
□	死亡診断書	2,200円
□	普通証明書	1,100円
□	生命保険用　特別証明書	5,500円
□	交通事故用　特別証明書	5,500円
□	その他　特別証明書	2,200円

同意チェック	医師面談（税込）	時間制
□	セカンドオピニオン外来	11,000円（30分まで）
□	保険会社等による医師面談料	5,500円（30分）

同意チェック	その他（税込）	
□	インターネット利用料	140円/日
□	コピー（白黒片面A4）	10円/面
□	コピー（カラー片面A4）	30円/面
□	ＦＡＸ　（1件）	110円/件

同意チェック	お薬管理（希望制）（税込）	
□	お薬ボックス	370円
□	お薬カレンダー	980円

同意チェック	情報開示（税込）	1枚につき
□	レントゲンフィルムコピー	1,100円
□	レントゲンＣＤコピー	1,100円
□	カルテコピー	10円/面

同意チェック	ご家族・ご面会の方のお食事（税込）	1食につき
□	昼食	1,100円
□	夕食	1,650円

同意チェック	理美容サービス（税込）	
□	シャンプーセット（シャンプー・ブロー）	2,600円
□	男性カットのみ（カット・ブロー）	3,600円
□	男性カットセット（カット・シャンプー・ブロー）	4,600円
□	女性カットのみ（カット・ブロー）	4,100円
□	女性カットセット（カット・シャンプー・ブロー）	5,100円
□	カラー（カラー・シャンプー・ブロー）	6,200円
□	パーマ（パーマ・シャンプー・ブロー）	6,200円
□	カラー・カット・シャンプー・ブロー	9,200円
□	パーマ・カット・シャンプー・ブロー	9,200円
□	パーマ・カラー・カット・シャンプー・ブロー	15,300円
□	お顔剃り	1,700円

同意チェック	病衣（税込）当院の貸出用病衣をご利用された場合	
□	上	110円
□	下	110円

上記の各金額につき、同意するものにチェックをお願いいたします。
全ての料金に同意できる場合は、下の すべての料金への同意 にチェックをお願いいたします。

□ 全ての料金につき、使用料・利用回数に応じた金額となることに同意します。

チェックした事項に付き、同意いたしました。

年　　月　　日

患者氏名　　印

代筆者氏名　　印

（続柄　　）

この料金一覧は2025年1月現在のものです。

予告なしに変更させていただくことがありますのでご了承ください。

【こちらの同意書は、入院時にご提出願います。】

船橋市立リハビリテーション病院

入院時に提出してください。

保険外負担料金同意書【紙おむつ】

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料・利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。料金表にある下記の内容について同意をいただいた上で、署名・捺印をお願いいたします。

同　意 チェック	紙おむつ（税抜）	1 枚につき
□	アテント　テープ止めタイプ S	54 円
□	アテント　テープ止めタイプ M	51 円
□	アテント　テープ止めタイプ L	60 円
□	アテント　S ケア長時間安心パッドダブルブロックタイプ	24 円
□	アテント　S ケア長時間安心パッドワイドタイプ	20 円
□	アテント　S ケア長時間安心パッドストレートタイプ	15 円
□	アテント　昼長時間通気パッドふつうタイプ	14 円
□	アテント　R ケアうす型さらさらパンツ S（新）	45 円
□	アテント　R ケアうす型さらさらパンツ M ～ L（新）	45 円
□	アテント　R ケアうす型さらさらパンツ L ～ LL（新）	50 円
□	アテント　うす型パンツ XL	89 円
□	アテント　フラットタイプ	25 円
□	アテント　R ケア紙パンツにつける尿とりパッドふつうタイプ	17 円
□	アテント　両面吸収すきまにピッタリシート	14 円
□	アテント　長時間さらさらパンツ M（新）	67 円
□	アテント　長時間さらさらパンツ L（新）	75 円
□	ナチュラ　さら肌パッド安心中量用	24 円
□	アテント　S ケア夜 1 枚安心パッドハイグレード多いタイプ	45 円
□	アテント　S ケア軟便安心パッド	53 円

上記の各金額につき、同意するものにチェックをお願いいたします。
全ての料金に同意できる場合は、下の すべての料金への同意 にチェックをお願いいたします。

□ 全ての料金につき、使用料・利用回数に応じた金額となることに同意します。

チェックした事項に付き、同意いたしました。

年　　月　　日

患者氏名　　印

代筆者氏名　　印

（続柄　　）

この料金一覧は2025年1月現在のものです。

予告なしに変更させていただくことがありますのでご了承ください。

【こちらの同意書は、入院時にご提出願います。】

船橋市立リハビリテーション病院

入院時問診表

入院時に提出してください。

患者氏名

記載者　　続柄

緊急時の連絡先　※必ず連絡の取れる番号を優先順位順に記載して下さい。

①氏名	続柄	携帯電話	職場等の連絡先
②氏名	続柄	携帯電話	職場等の連絡先
③氏名	続柄	携帯電話	職場等の連絡先

わかる範囲で構いませんので
ご記入をお願いします。

1. 発症・受傷前の生活について教えて下さい。

コロナワクチン接種の有無		□無　□有（　）回接種済　最終接種日：　年　月　日				
アレルギーの有無		□無　□有				
視力	右	□見える　□見えにくい　□見えない				
	左	□見える　□見えにくい　□見えない				
	眼鏡	□無　□有				
	コンタクトレンズ	□無　□有				
聴力	右	□聞こえる　□聞こえにくい　□聞こえない				
	左	□聞こえる　□聞こえにくい　□聞こえない				
	補聴器	□無　□有 □右　□左				
栄養	食欲	□無　□有	偏食	□無　□有		
	間食	□無　□有				
	義歯	□無　□有　□総て　□部分　□上　□下				
嗜好	飲酒	□無　□有　1日の量　mL				
	喫煙	□無　□有　1日の本数　本　喫煙年数　年				
排泄	尿意	□無　□有	失禁	□無　□有		
	便意	□無　□有				
	便秘	□無　□有	対処方法			
	下痢	□無　□有	対処方法			
	オムツの使用	□無　□有				
月経		□順　□不順　□閉経　歳	妊娠の可能性	□無　□有		
睡眠	寝具	□ベッド　□布団				
	睡眠時間	□良眠　□浅眠　□断眠				
	無呼吸	□無　□有				
	いびき	□無　□有				

裏面も記入をお願いします

2. 住環境について教えて下さい。

住宅	□持家　□賃貸 □戸建て（生活スペース　　階）	
	□マンション（　　階） □アパート　（　　階）	エレベーター　□無　□有
玄関	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
居室食堂	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
寝室	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
トイレ	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
	□和式　□洋式　□ポータブルトイレ	
浴室	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
洗面所	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
階段	手すり　□無　□有	
廊下	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
屋内 移動方法	□歩行　□杖　□手すり　□伝い歩き □歩行器　□車いす　□いざり	
自宅周辺	坂　□無　□有 外階段　□無　□有　（　　段） 車の横付け　□可　□不可 外出手段　□徒歩　□車いす　□自転車　□自動車	
その他	住宅改修　□未実施　□済　□可能　□不可能	

3. その他

前医で病気についてどのような 説明を受けていますか。	
リハビリに何を 期待されていますか。	
入院中、心配なことは ありますか。	
入院中の相談等の窓口となる 人はどなたですか。	
介護等の協力をしてくれる 方はいますか。	
面会はどれくらいの頻度で可能ですか。	回/週　　時間
入院中の洗濯はどなたが可能ですか。	□家族　□本人（コインランドリー）　□業者（クリーニング）
退院先のご希望はありますか。	□自宅　□施設　□復職　□検討中

ご記入ありがとうございました

個室を利用される場合はご提出ください。

特別療養環境室（差額ベッド）入室申込書　兼　入院保証金に係る同意書

私は貴院に入院するにあたり、より良好な入院環境を希望しますので、その設備、料金に関する説明を受けた上で下記に記載する特別療養環境室に入室することを希望いたします。

適用日　　年　　月　　日

部 屋 番 号	号室	設備	個室
料金（1日あたり）	円（税込）		
患 者 氏 名			

申込者（料金支払者）

住　所	〒　　ー		
氏　名		申込印	印
患者との関係（続柄）			
連絡先電話番号			

【以下、保証サービスを利用しない場合のみご記入ください】

当該入院保証金として室料差額の14日分を支払う事に同意し、
退院時または4人床室へ転床した際の保証金返金については下記の口座へお願い致します。

銀行口座（保証金 返金）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	銀行	支店
	口座番号	預金種別　普通　・　当座
	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	口座名義	

医療機関側説明者（説明を行った年月日：　　年　　月　　日）

氏　名		確認印	印