

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.貴重品などの持込品は自分で管理し、万一、盗難や紛失などがあっても貴院に迷惑をかけません。

入院年月日		年	月	日	患者ID ()	
入院者	フリガナ				男	大・昭・平・令 年 月 日生
	氏名				女	(歳)
	住所	〒 電話 ()				
※緊急連絡人	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。

<p>■連帯保証人の要件</p> <p>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)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><ol style="list-style-type: none">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。</div> <p style="text-align: right;">※保護者を除く。二世帯でも可。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

<p>■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。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (記入者氏名:)</p></div> <p>※「はい」の場合は、<u>入院当日</u>に1階会計窓口で保証料をお支払い下さい。</p> <p>※「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、<u>入院当日</u>までに総合受付の窓口までご提出ください。</p> <p>※ (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。)</p> <p>■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/ナップ貸貸保証(株)</p>

※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。

「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是明確にありますか。 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

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」の作成の為に写真撮影を行い、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 <small>※本人の場合は記入の必要はありません</small>	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	同意 チェック	情報開示 (税込)	1枚につき
<input type="checkbox"/>	普通診断書	1,650円	<input type="checkbox"/>	レントゲンフィルムコピー	1,100円
<input type="checkbox"/>	生命保険用 特別診断書	5,500円	<input type="checkbox"/>	レントゲンCDコピー	1,100円
<input type="checkbox"/>	交通事故用 特別診断書	5,500円	<input type="checkbox"/>	カルテコピー	10円/面
<input type="checkbox"/>	その他 特別診断書	3,300円	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
<input type="checkbox"/>	死亡診断書	2,200円	<input type="checkbox"/>	昼食	1,100円
<input type="checkbox"/>	普通証明書	1,100円	<input type="checkbox"/>	夕食	1,650円
<input type="checkbox"/>	生命保険用 特別証明書	5,500円	同意 チェック	理美容サービス (税込)	
<input type="checkbox"/>	交通事故用 特別証明書	5,500円	<input type="checkbox"/>	シャンプーセット (シャンプー・ブロー)	2,600円
<input type="checkbox"/>	その他 特別証明書	2,200円	<input type="checkbox"/>	男性カットのみ (カット・ブロー)	3,100円
同意 チェック	医師面談 (税込)	時間制	<input type="checkbox"/>	男性カットセット (カット・シャンプー・ブロー)	4,100円
<input type="checkbox"/>	セカンドオピニオン外来	11,000円 (30分まで)	<input type="checkbox"/>	女性カットのみ (カット・ブロー)	4,100円
<input type="checkbox"/>	保険会社等による 医師面談料	5,500円 (30分)	<input type="checkbox"/>	女性カットセット (カット・シャンプー・ブロー)	5,100円
同意 チェック	その他 (税込)		<input type="checkbox"/>	カラー (カラー・シャンプー・ブロー)	6,200円
<input type="checkbox"/>	インターネット利用料	140円/日	<input type="checkbox"/>	パーマ (パーマ・シャンプー・ブロー)	6,200円
<input type="checkbox"/>	コピー (白黒片面 A4)	10円/面	<input type="checkbox"/>	カラー・カット・シャンプー・ブロー	9,200円
<input type="checkbox"/>	コピー (カラー片面 A4)	30円/面	<input type="checkbox"/>	パーマ・カット・シャンプー・ブロー	9,200円
<input type="checkbox"/>	FAX (1件)	110円/件	<input type="checkbox"/>	パーマ・カラー・カット・ シャンプー・ブロー	15,300円
同意 チェック	お薬管理 (希望制) (税込)		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	
<input type="checkbox"/>	お薬ボックス	370円	<input type="checkbox"/>	上	110円
<input type="checkbox"/>	お薬カレンダー	980円	<input type="checkbox"/>	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。

この料金一覧は2022年12月1日現在のものです。

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。】

20221201版 船橋市立リハビリテーション病院

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)

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
<input type="checkbox"/>	アテント テープ止めタイプS	45円
<input type="checkbox"/>	アテント テープ止めタイプM	55円
<input type="checkbox"/>	アテント テープ止めタイプL	60円
<input type="checkbox"/>	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	35円
<input type="checkbox"/>	アテント Sケア長時間安心パッドワイドタイプ	25円
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	アテント 昼長時間通気パッドふつうタイプ	15円
<input type="checkbox"/>	アテント Rケアうす型さらさらパンツS(新)	45円
<input type="checkbox"/>	アテント Rケアうす型さらさらパンツM~L(新)	50円
<input type="checkbox"/>	アテント Rケアうす型さらさらパンツL~LL(新)	55円
<input type="checkbox"/>	アテント うす型パンツXL	105円
<input type="checkbox"/>	アテント フラットタイプ	25円
<input type="checkbox"/>	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	20円
<input type="checkbox"/>	アテント 両面吸収すきまにピッタリシート	20円
<input type="checkbox"/>	アテント 長時間さらさらパンツM(新)	65円
<input type="checkbox"/>	アテント 長時間さらさらパンツL(新)	70円
<input type="checkbox"/>	ナチュラ さら肌パッド安心中量用	30円
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	アテント Sケア軟便安心パッド	55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2022年12月1日現在のものです。

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。】

入院時間診表 (1/2枚目)

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

入院時間診表 (2/2枚目)

2. 住環境について教えてください。

住宅	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建て(生活スペース 階)			
	<input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> アパート (階)	エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
玄関	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
居室食堂	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
寝室	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
トイレ	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ			
浴室	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
洗面所	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
階段	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
廊下	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
屋内移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> いざり			
自宅周辺	坂 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	外階段 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (段)			
	車の横付け <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	外出手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 自動車			
その他	住宅改修 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人(コインランドリー) <input type="checkbox"/> 業者(クリーニング)
退院先のご希望はありますか。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 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	〒 —		
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)	刀ガナ	
	銀行	支店
	口座番号	預金種別 普通 ・ 当座
	刀ガナ	
	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
----	--	-----	---