

登録番号

氏名

生年月日

性別

診療申込書 (入院・外来)

申込年月日 年 月 日 (ID:)

受診者名	フリガナ	性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳		
住所	フリガナ		
	〒	都・道・府・県	区・市・郡
電話番号	() -		
連絡先	フリガナ		
	氏名		
	住所		
	電話番号 ()	-	

※医療機関記載欄

外来登録区分	初診	変更
(紹介状)	有・無	
入院区分	外来より	他施設紹介
	他院紹介	患者(家族)紹介
(紹介状)	有・無	

初台リハビリテーション病院

入院誓約書

私は入院にあたり、連帯保証人と連署の上、下記事項に誓約いたします。

記

(4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、診療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

入院者	フリガナ 氏名	印	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 電話 ()			
	銀行口座 (保証金返金)	フリガナ	銀行 支店		
		口座番号	預金種別 普通 ・ 当座		
		フリガナ 口座名義			
申込者 (連絡先)	フリガナ 氏名	印	入院者との続柄	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	
	住所	〒 電話 () 携帯 ()			

私(連帯保証人)は、上記入院者の入院中の医療費等について未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。なお、保証額の上限は ① 1,000,000円 または ② 3,000,000円 ③ 5,000,000円 までとします。

(①は4人床への入院の場合 ②は701・716・801・816号室以外の個室入院の場合 ③は701・716・801・816号室の個室)

保証額を超えて治療が必要になったときは、入院誓約書を改定して新たな保証額について協議をすることに合意します。

連帯保証人	フリガナ 氏名	印	入院者との続柄	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
	住所	〒 電話 () 携帯 ()		
	勤務先	名称 所在地	電話 ()	

※連帯保証人は、別所帯で生計を営む成人の方になってください。

※連帯保証人の記載は自筆でお願いいたします。

特別療養環境室(差額ベッド)入室申込書

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。

	お部屋番号	税込料金	税抜料金
	306~311・406~411・506~508	34,100円	(31,000円)
	702~715	48,400円	(44,000円)
	716	66,000円	(60,000円)
	701	88,000円	(80,000円)
	802~815	60,500円	(55,000円)
	816	77,000円	(70,000円)
	801	110,000円	(100,000円)

適用日 年 月 日

患者氏名	
------	--

申込者(料金支払者)

住 所	〒
氏 名	
患者との関係(続柄)	
連絡先電話番号	

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
-----	--	-----	---

入院保証金に係る同意書

私は貴院に入院するにあたり、特別療養環境室(差額ベット)入室申込をし、その設備、料金に関する説明を受けましたので、当該入院に際し入院保証金として、下記に記載する室料差額の15日分を入院日当日までに支払うことに同意いたします。

	お部屋番号	税込料金(税抜料金)	保証金額
	306~311・406~411・506~508	34,100円(31,000円)	511,500円
	702~715	48,400円(44,000円)	726,000円
	716	66,000円(60,000円)	990,000円
	701	88,000円(80,000円)	1,320,000円
	802~815	60,500円(55,000円)	907,500円
	816	77,000円(70,000円)	1,155,000円
	801	110,000円(100,000円)	1,650,000円

適用日 年 月 日

患者氏名	
------	--

申込者(料金支払者)

住 所	〒
氏 名	
患者との関係(続柄)	
連絡先電話番号	

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
-----	--	-----	---

※原則として入院保証金は退院時又は4人床・2人床転床の際に誓約書に記載されたご指定の口座に全額返金と致します。

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 <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		確認印	印
-----	--	-----	---

MRI 検査を受ける方へ

当院では入院時に頭部や脊椎などのMRI検査を、大部分の患者様に対して実施しています。

MRI検査は磁気を使った検査で、金属や電気製品、体内に埋め込まれた医療機器などによっては入室制限や持込み制限があります。また、検査内容によってはお薬を使用する場合があります。

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

なお、不明な点がありましたら、空欄にして次の質問にお進みください。後ほど職員が確認いたします。

患者氏名		記載者氏名		記載日	
------	--	-------	--	-----	--

・ 歯科用インプラント (磁石式・固定式)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・ 入れ歯 (ただし外せない歯は除く)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 義眼・義手・義足など	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 補聴器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 貼り薬	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 心臓ペースメーカー・人工弁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・ 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・ 可変バルブ付きシャント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・ 人工関節などの体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・ 人工内耳などの人工臓器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(有りの場合	年前)
・ その他の手術経験				
その他手術経験有りとお答えの方は 何年前のどんな手術ですか	((年前))
・ てんかん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 喘息	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 不整脈	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 腎機能障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 刺青 (アートメイク含む)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 遠赤外線素材の着衣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・ 磁石式カテーテルキャップ(DIBキャップなど)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※スタッフ確認項目	

入院時間診表

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ください。

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		

裏面も記入をお願いします

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

前医の説明	
リハビリへの期待	
入院中の心配ごと	
入院中の相談等の窓口者	
介護等の協力者	
退院先のご希望	
趣味	
宗教	
1日の過ごし方	

ご記入ありがとうございました