

申込書・同意書の記載方法について《ご案内》

- ①入院誓約書
- ②連絡保証人引き受け承諾書
- ③特別療養環境室（差額ベッド）入室申込書 兼 入院保証金同意書
- ④医療安全対策に係る患者認証カードについての同意書
- ⑤MRI検査を受ける方へ
- ⑥入院時間診表

①入院誓約書

初台リハビリテーション病院 院長 殿

入院時提出

入院 誓 約 書

私は入院にあたり、連帯保証人と共に、下記事項に賛同いたします。

記

※確認後、□欄にチェックをお願いいたします。

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、その他の権利金は本人または連帯保証人が滞りなく支払います。
3. 本人の身元につきましては、申込者または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、連帯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た場合も貴院に迷惑をかけません。

入院年月日	西暦	年	月	日	
入院者氏名	フリガナ	氏名		性別	生年月日
		年	月	日生 (歳)	大・男・平・令
	住所	〒		電話番号	携帯
				()	()
申込者	フリガナ	氏名		性別	生年月日
		年	月	日生 (歳)	大・男・平・令
	住所	〒		電話番号	携帯
				()	()

当院では入院に際して下記要件を満たす連帯保証人を立てていただく必要があります。
 極度額は、①1,000,000円 ②3,000,000円 ③5,000,000円とします。
 ※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）
 (①多床室 ②701・716・801・816号室以外の個室 ③701・716・801・816号室の個室)

■連帯保証人の要件

1. 連帯保証人が入院医療費の極度額を理解していること。
2. 連帯保証人が入院費の内容、支払予定額を理解していること。
3. 連帯保証人が明確に連帯保証する意向であること。
4. 連帯保証人本人が署名すること。
5. 連帯保証人は、**入院者および申込者と別所帯で独立の生計を営む成年者**で、**一定の能力があること。**

誓約内容をご一読いただき、同意の上で、右側□欄にチェックをしてください。

四角枠内をご記入ください。
※入院者の欄は申込者による代筆でも構いません。

ご捺印をお願いいたします。

②連絡保証人引き受け承諾書 ※連帯保証人は入院者および申込者と別生計を営む成年者の方

初台リハビリテーション病院 院長 殿

入院時提出

連帯保証人引き受け承諾書

連帯保証人は、入院者および申込者と別生計を営む成年者をお願いいたします

____ 氏の西暦 ____ 年 ____ 月 ____ 日から入院予定の入院者

私（連帯保証人）は、万一、指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。
 なお、極度額 ①1,000,000円 ②3,000,000円 ③5,000,000円について同意いたします。
 極度額を越えて治療が必要になった際は、入院誓約書を改定して新たな極度額について協議をすることに合意します。
 ※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）
 (①多床室 ②701・716・801・816号室以外の個室 ③701・716・801・816号室の個室)

記入日	西暦	年	月	日	
入院者氏名	フリガナ	氏名		性別	生年月日
		年	月	日生 (歳)	大・男・平・令
	住所	〒		電話番号	携帯
				()	()
申込者	フリガナ	氏名		性別	生年月日
		年	月	日生 (歳)	大・男・平・令
	住所	〒		電話番号	携帯
				()	()

連帯保証人欄は自署にてご記入ください。

入院者氏名・入院日をご記入ください。

四角枠内をご記入ください。
※連帯保証人の自署にてご記入ください。

ご捺印をお願いいたします。

※連帯保証人がいらっしゃらない場合は、事務までご連絡ください。
 預り金のご案内をいたします。

③特別療養環境室（差額ベッド）

入室申込書 兼 入院保証金同意書 ※個室入院の方のみご記入ください。

個室入院時提出

初台リハビリテーション病院 院長 殿

特別療養環境室（差額ベッド）入室申込書 兼 入院保証金同意書

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。

お部屋番号	差額ベッド料金（薬剤1日分）		保証金（薬剤×15日分）
	税込料金	税抜料金	税込料金
306～311・406～411・506～508	34,100円	(31,000円)	511,500円
702～715	44,400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
901	110,000円	(100,000円)	1,650,000円

※該当するお部屋番号・差額ベッド料金の欄にチェックをお願いいたします。

適用日 西暦 年 月 日

入院者氏名

申込者（料金支払者）

住所

氏名

入院者との続柄

電話

当該入院に際し入院保証金として、差額差額の15日分を入院当日までに支払うことに同意いたします。退院時または多床室へ転床した際の保証金返金については下記の口座を希望いたします。

銀行口座 (保証金返金)	〒	銀行	信用金庫	支店
	□口座番号	□口座種別	普通・当座	
	〒	□口座名義		

医療機関側説明者（説明を行った年月日：西暦 年 月 日）

氏名

お部屋が決まりましたら、号室の左横、料金の左横にそれぞれチェックをしてください。

四角枠内をご記入ください。

銀行口座をご記入ください。保証金返金の際に使用いたします。
※ご家族様名義の口座でも構いません。

④医療安全対策に係る患者認証カード
についての同意書

入院時提出

初台リハビリテーション病院 院長 殿

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いたします。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 西暦 年 月 日

申込者

入院者氏名	
申込者氏名 <small>※入院者ご自身で記入される場合は本人の署名を記入してください。</small>	入院者との続柄

医療機関側説明者（説明を行った年月日：西暦 年 月 日）

氏名	
----	--

四角枠内をご記入ください。

※入院者ご自身で記入する場合は入院者氏名のみ、代筆の場合は入院者氏名・申込者氏名をご記入ください。

※患者認証カードは、検査・食事提供に間違いがないよう、本人確認のために作成しています。退院時には責任をもって破棄いたします。

⑤MRI検査を受ける方へ

入院時提出

MRI検査を受ける方へ

当院では入院時に頸部や脊髄などの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		
・義歯・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		
・貼付薬	<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 ()年前のどんな手術ですか ()			
・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		
・開所感神経症	<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		
・遺赤外線素材の着衣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
・磁石式カテーテルキャップ(心臓キャップなど)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		※スタッフ確認項目

※検査を安全に行うために必要な情報です。
不明な点は空欄にして次の質問に進んでください。

⑥入院時間診表

入院時提出

入院時間診表

患者氏名 _____
記載者 _____ 職柄 _____

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 _____ 病棟 _____ 携帯電話 _____ 電話番号の差地先 _____
②氏名 _____ 病棟 _____ 携帯電話 _____ 電話番号の差地先 _____
③氏名 _____ 病棟 _____ 携帯電話 _____ 電話番号の差地先 _____

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
	嚥食	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
嗜好	飲酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	便秘	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	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
睡眠	寝具	<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> 布団
	睡眠時間	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 悪
	無呼吸	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	いびき	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

※ご入院前の生活について、わかる範囲で裏面までご記入ください。
不明な点は空欄にして次の質問に進んでください。

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)	エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> アパート(階)	
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"/> 杖い歩き	
	<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 (階)	
	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

前医の診断	
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す