

入院申込書

さっぽろ脊椎外科クリニック 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。

入院年月日 平成 年 月 日

患者本人	ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	現住所	☎連絡先1() ☎連絡先2()		
	※本人と世帯主が同一の場合は、記載不要です。			
世帯主	ふりがな 氏名	入院者との関係		
	現住所	☎連絡先1() ☎連絡先2()		
	※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。			
連帯保証人	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、連帯保証人がその責任を負い、請求に従い遅滞なく支払います。
- 入院するにあたり、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。
 - ・病院内での器物破損行為、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。
- 職員の指示なく、看護室・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』を事務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 前回入院していた病院名

ロ 入院していた期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

個人情報保護に関する意思確認、その他の承諾について

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:	<input type="checkbox"/> 許可しない(答えない)
②病室に名札を掲示する	<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(掲示しない)

■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。

■『許可しない』にご記入された場合でも、患者様の治療上不利益になることはありません。

■上記内容については、入院中いつでも変更できます。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、正面玄関入口に掲示しております。

2 差額ベット(個室)料金支払いについて

(A) 201号室・205号室・206号室 1日につき、 6,480 円(税込)

(B) 207号室・208号室 1日につき、 3,240 円(税込)

■各室の設備については、「入院のご案内」をご覧ください。

■「1日」とは、健康保険法に基づき、0時を起点に計算します。滞在時間に関係なく、0時を過ぎた時点で1日分の料金が発生します。(1泊入院の場合は、2日分の入院料と差額ベット料金が発生します。)

また、外泊された場合であっても料金が発生しますので、ご了承ください。

3 健康保険適応外となる自己負担金について

健康保険の療養に該当しない保険外負担(紙オムツ)、文書料(年金・生命保険等の診断書料など)の金額は、正面玄関入口に掲示しております。

また、当院の貸与品・備品・器機等を破損された場合には、弁償していただくことがあります。

同意確認

さっぽろ脊椎外科クリニック 院長 殿

上記、 1 個人情報保護に関する本人意思確認

2 差額ベット(個室)料金支払い

3 健康保険適応外となる自己負担金

について同意及び承諾いたします。

平成 年 月 日

患者氏名

※患者様が署名できない場合のみ、代筆のご署名をお願いします。

代筆者

(続柄)

●この用紙は、1階受付(午前9時～17時)へご提出ください。