

# 入院申込書

フリガナ			生年月日		
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳		
住所	〒 (電話) - -				
連絡先	①	(氏名) (続柄) (電話) - - (住所)			
	②	(氏名) (続柄) (電話) - - (住所)			
保険の種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 生活保護				
希望する部屋	<b>【個室】</b> <input type="checkbox"/> 5,500円/日 <input type="checkbox"/> 8,800円/日 <input type="checkbox"/> 15,400円/日 <input type="checkbox"/> 16,500円/日 <b>【2人部屋】</b> <input type="checkbox"/> 2,200円/日 <input type="checkbox"/> 3,300円/日 <b>【大部屋】</b> <input type="checkbox"/> 4人 (差額なし)				
身体障害者手帳	あり (種 級) ・ 申請中 ・ なし				
介護保険	なし ・ 申請中 あり ( 要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) →ありの場合：担当ケアマネジャー ( )				
家族氏名		続柄	年齢	同居の有無	職業
<b>※現在心配なこと</b> あり <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 介護について <input type="checkbox"/> その他 ( ) なし					
<b>※退院後の予定</b> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ( ) 宅へ同居 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定					
<b>※入院治療を受けるにあたって、ご希望がございましたらご記入下さい</b>					
<b>※紹介者</b> <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 相談員 (地域連携室) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 当院職員 <input type="checkbox"/> ホームページを見て					

# 入院保証書（誓約書）

この度、山梨リハビリテーション病院に入院するにあたり、病院の諸規則、入院案内等による指示、及び下記のことを厳守することを誓います。万一履行できないときは、病院に迷惑をかけないことを身元保証人と連署のうえ、約束いたします。

## 記

1. 入院中は、主治医の指示に従います。
2. 入院料その他の諸料金は、指定日までに支払います。
3. 本人の身元については、身元保証人が一切引き受けます。
4. 退院を命ぜられた場合は、指定の期日までに身元保証人の責任において引き取ります。

社会医療法人 加納岩  
山梨リハビリテーション病院 病院長 殿

年 月 日

患者氏名 印  
住 所  
電 話

身元保証人 印  
住 所  
電 話  
続 柄

# 個人情報に関する同意書

年 月 日

山梨リハビリテーション病院長 殿

この度の入院に際し、下記の事項に同意し、山梨リハビリテーション病院への入院を申し込みます。

患者氏名 ㊟

患者住所

（ 代理人氏名 ㊟（続柄） ）  
（ 代理人住所 ）

入院に先立ちまして、「入院申込書」、「入院前調査書」、「紹介状」をご用意いただいておりますが、患者様ご本人の診療の目的以外には使用いたしません。

お預かりした個人情報を外部の第三者には提供いたしません。退院または他院受診等の際、診療情報の提供が必要となる場合があります。また、委託検査等、その他の委託業務で個人情報を使用する場合がありますが、ご了承ください。

当院では、個人情報保護に対して慎重に取り扱っておりますが、患者様の取り違えや医療事故を防ぐ目的で、患者様の名前をお呼びしたり、病室出入り口やベッドサイドに氏名の表示をさせていただいております。ご都合の悪い方は入院時にお申し出ください。

また、面会者につきましても、1階サービスカウンターにてご案内させていただいております。面会のご案内、電話での入院の問い合わせ等で不都合のある方は、事前にお申し出下さい。

# 入院医療費支払に関する同意書（誓約書）

この度、山梨リハビリテーション病院へ入院するにあたり、病院の諸規則及び下記の支払いに関することを厳守することを誓約いたします。

1. 入院費、その他入院中の療養に係る諸費用に関しては遅滞なく支払い、退院の際に請求書が発行された場合は、退院時に全額精算いたします。
2. 貴院に対する入院費などの支払い債務につきましては、連帯保証人は患者本人またはその法定代理人などと連帯して保証債務を負います。
3. 万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続き等により支払い請求を受けることを了承いたします。
4. 入院の患者本人の医療費支払いに係る連帯保証人が保証する極度額は、次の金額であることに同意いたします。

極度額： 500,000 円

社会医療法人 加納岩  
山梨リハビリテーション病院 病院長 殿

年 月 日

患者氏名 ..... 印

住 所 .....

電 話 .....

連帯保証人 ..... 印

住 所 .....

電 話 .....

続 柄 .....