

## 入院申込書兼誓約書

入院日：            年            月            日

定山溪病院院長 殿

貴院への入院に際し、下記を含めた諸規則を遵守することを確約いたします。

記

1. 医師等の職員の指示に従い、治療・療養に専念いたします。
2. 入院者が退院となった場合(死亡退院や院内規則に反したことを理由とする退院を含む)には、身元引受人または連帯保証人の責任において、指定の期日までに退院の期日までに退院手続きを完了いたします。
3. 入院料その他の諸費用(裏面含む)を、入院者、身元引受人または連帯保証人が指定の期日までに責任をもって全額(ただし、身元引受人及び連帯保証人の責任の極度額は70万円とする)を支払います。
4. 個人情報の利用について、貴院の規定「患者様・御利用者様の個人情報に関するプライバシーポリシー」に基づいて取り扱われることに同意いたします。
5. 下記の記載事項について変更があった場合、必ず病院へ連絡いたします。

| 【入院者】 |                                                                                                     |      |                                                       |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------|
| フリガナ  |                                                                                                     | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 氏名    |                                                                                                     |      |                                                       |
| 生年月日  | 大・昭・平                      年                      月                      日（                      歳） | 電話番号 |                                                       |
| 住所    | 〒                                                                                                   |      |                                                       |

| 【身元引受人】 親族・法定代理人・後見人・保佐人の方 |           |               |  |
|----------------------------|-----------|---------------|--|
| フリガナ                       |           |               |  |
| 氏名                         | 本人との関係( ) |               |  |
| 住所                         | 〒         |               |  |
| 電話番号<br>(自宅)               |           | 携帯番号          |  |
| 勤務先名                       |           | 電話番号<br>(勤務先) |  |

|                                                           |           |               |  |
|-----------------------------------------------------------|-----------|---------------|--|
| 【連帯保証人】 ※連帯保証人は、身元引受人と別世帯。ただし、身元引受人と連帯保証人が同世帯でも生計が別であれば可。 |           |               |  |
| フリガナ                                                      |           |               |  |
| 氏名                                                        | 本人との関係( ) |               |  |
| 住所                                                        | 〒         |               |  |
| 電話番号<br>(自宅)                                              |           | 携帯番号          |  |
| 勤務先名                                                      |           | 電話番号<br>(勤務先) |  |

| 【請求先】 |                                                                                                                                                                                   |      |  |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 支払方法  | <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 退院当日 <input type="checkbox"/> 引落とし（ <input type="checkbox"/> 指定口座 <input type="checkbox"/> 預り金 ） |      |  |
| 請求書   | <input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 身元引受人へ郵送 <input type="checkbox"/> その他（下記へご記載ください）                                                                          |      |  |
| 氏名    |                                                                                                                                                                                   | 電話番号 |  |
| 住所    | 〒                                                                                                                                                                                 |      |  |

\*裏面もご確認のうえ、ご記入ください

患者氏名

身元引受人氏名

【日用生活品費】

<1日あたりの使用料及び洗濯料(税込価格)>

※ご希望のものを☒して合計金額をご記載ください。

1日あたりの合計金額

円

| 品目                   | セット価格<br>(円) | A<br><input type="checkbox"/>       | B<br><input type="checkbox"/>       | C<br><input type="checkbox"/>       | D<br><input type="checkbox"/>       | 生活保護<br><input type="checkbox"/>    | 自由選択<br><input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
|                      | 単価(円)        | 1,600 円                             | 1,300 円                             | 910 円                               | 720 円                               | 550 円                               |                                  |
| テレビ (1台/人)           | 200          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| 冷蔵庫 (1台/室共用)         | 100          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| 入浴セット (石鹸、シャンプー、リンス) | 30           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| ティッシュペーパー            | 30           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| おしぼり                 | 110          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| フェイスタオル              | 220          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| バスタオル                | 330          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| シャツ                  | 110          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| パンツ                  | 110          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| 靴下                   | 110          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |
| 病衣、日常生活衣             | 550          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  |

※ 上記の衣類やタオル類に枚数の制限はございません。汚染時には随時交換させていただきます。

※ 私物の衣類・タオルをお持ち込みをされる場合、当院代表電話へ事前連絡いただき  
(平日9:45-16:30)衛生管理上ビニール袋等ご用意のうえ週2回のお持ち帰りにご協力願います。

【紙おむつ・リハビリパンツ】

使用した枚数の費用を上限33,000円(税込)として御負担いただきます。

| 種類                | 税込価格(円/枚) |
|-------------------|-----------|
| 紙おむつ (小)          | 121       |
| 紙おむつ (大)          | 176       |
| 紙おむつ (特大)         | 210       |
| リハビリパンツ (M〜Lサイズ)  | 176       |
| リハビリパンツ (L〜LLサイズ) | 180       |

【オンライン資格確認について】

当院では、マイナンバーカードを使ったオンライン資格確認を導入しています。

詳細については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

☐ オンライン資格確認に同意します