

入院申込書兼保証書

社会医療法人 白光会
白石病院 院長 殿

- 1 私(本人)と連帯保証人は、貴院の「入院のご案内」に記載された入院のための手続き、入院生活上の定め及びマナー、並びに療養上の指示、指導に従うことに同意します。
万一これらに反し、他の入院患者、来客、病院関係者などに迷惑を及ぼしたり、貴院の業務に支障をもたらした場合は、貴院の指示、指導に従います。
- 2 連帯保証人は、貴院入院中の本人に関する一切の責任を引き受けます。
また、入院に伴う本人負担の医療費、その他貴院への極度額(責任を負う上限額)税別500,000円を上限に、本人と連帯して履行責任を負います。

※個人情報保護に関して

名前の間違いをなくす為病室における名札の提示をさせていただきます。尚、望まれない方は申し出ただければ、対応させていただきます。個人情報保護法により電話等での入院問い合わせを望まれない方はお申し出ください。

(上記に同意しない場合は右へチェックをしてください)

上記及び貴院の「入院のご案内」を一読し、内容を理解、同意しましたので下記の通り入院の申し込みを行います。

申込日 年 月 日

本人	ふりがな			◎	性別	(男・女)
	氏名					
	生年月日	大・昭・平・令		年	月	日生
	住所	〒 -			職業	
	自宅電話	- -	携帯電話		- -	
	勤務先名		勤務先電話		- -	

本人の署名代行の場合代筆者氏名 _____

連帯保証人	ふりがな			◎	性別	(男・女)
	氏名					
	生年月日	大・昭・平・令		年	月	日生
	住所	〒 -			職業	
	自宅電話	- -	携帯電話		- -	
	勤務先名		勤務先電話		- -	

入院誓約書

社会医療法人 白光会
白石病院院長 殿

入院の際は貴院の諸規定を守り、また下記入院規定の禁止行為を遵守し治療に専念する事を誓約いたします。

年 月 日

患者名 _____ (印)

代筆者名 _____ (印)

(続柄)

《 禁 止 行 為 》

1. 病院敷地内での喫煙、飲酒
2. 他患者、職員への暴言暴力、迷惑行為
3. 院内での撮影行為
4. 火災を引き起こす様な行為(電気製品の不正使用、御香、アロマ等)
5. 入院費の滞納(2ヶ月以上)
6. 器物破損及び備品の持ち出し行為
7. 医師及び看護師等の指示(病室移動等)の拒否行為

《 注 意 事 項 》

- ・病院食以外の持ち込みや、患者さま同士の飲食物のやりとりはご遠慮下さい。
持ち込み食による、感染・食中毒・誤嚥に関しては、当院は一切の責任を負いません。
- ・日祝日の退院は、原則できません。

※入院療養中は、患者様が安心して治療に専念して一日も早く回復される様に病院スタッフ一同努めて参りますが、上記行為は固く禁止しております。

万一これに違反した場合は強制退院を命じます。

差額室使用承諾願

年 月 日

社会医療法人白光会 白石病院院長 殿

患者氏名

印

私は、貴院へ入院治療するにあたり、下記事項を確認し、差額室への入室を致します。

記

病棟	室号	差額室料
4号館 1室4名	1301 1302 1304 1305 1306 1308 1309 1310 1312	1日につき 300円
3号館 個室	1319	1日につき 3000円
4号館 個室	1204 1303 1307	1日につき 4000円
3号館 個室	1316	1日につき 5000円
4号館 個室	1220 1311	1日につき 5000円

社会医療法人 白光会 白石病院

入院時情報提供用紙

ご入院に際し、必要な情報提供の御協力をお願い致します。尚、個人情報保護法に基づきご提供いただいた情報は、診療以外に使用されることはありません。

記入日 年 月 日/ご記入者 (本人 ・ 家族 ・ その他)

入院される方の氏名

(フリガナ)

氏 名 (携帯番号)

1、基本情報についてお伺いします。

1) 緊急連絡先を2ヶ所お書きください。

連絡先①

お名前

続柄

住所

電話番号

携帯番号

連絡先②

お名前

続柄

住所

電話番号

携帯番号

2) キーパーソンになる方のお名前と続柄をお書きください

(* 主として患者様の連絡や病状説明などに関わっていただく方)

お名前

続柄

3) 現在のご職業についてお伺いします。お仕事内容についてお書きください。

無職 ・ 就業中 ()

* 差支えなければ、職場の連絡先をお書きください。

名称

TEL

4) かかりつけ医、かかりつけ薬局があればお書きください。

かかりつけ医 ()

かかりつけ薬局 ()

5) 宗教について

仏教 キリスト教 その他 () 無宗教

* 宗教上の必要な配慮がありましたらお書きください ()

2、障害情報についてお伺いします。

1) 障害者手帳をお持ちですか？

無

有 (級、No.)

申請中

2) 視覚障害 無

有

全盲

半盲

義眼 (右、左)

白杖

盲導犬

()

- 3) 聴覚障害 無
有 両耳 右耳 左耳 補聴器(右・左) 手話
 ()
- 4) 運動障害 無
有 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 脊髄(頸椎・胸椎・腰椎)
 ()
- 5) 言語障害 無
有 呂律不全 失語
 ()
- 6) 認知症障害 無
有 ()
- 7) その他障害 無
有 ()

3、介護連携についてお伺いします。

- 1) 介護認定をうけていますか？ 無
有(要支援1・2・要介護1・2・3・4・5)
申請中

- 2) 介護保険の利用がありますか？ 無
有 施設名 ()
ケアマネージャー ()

*利用されているサービスがあればお書きください。

()

4、病歴についてお伺いします。

- 1) 今までにかかった病気があればその時期(年齢/年)を含めお書きください。

()

- 2) 今までに手術を受けた事があればその時期(年齢/年)を含めお書きください。

()

- 3) ペースメーカーの手術を受けた事がありますか？

- いいえ
はい(医療機関名: いつ:)

- 4) 輸血を受けた事がありますか？ いいえ
はい(医療機関名: いつ:)

5) アレルギー・注意事項があればお書きください。

- 薬剤 無 有 ()
 食物 無 有 ()
 造影剤 無 有 ()
 その他 無 有 ()

6) 血液検査で感染症と言われたことがありますか？

- 無 有 ()

5、生活習慣についてお伺いします。

1) 飲酒 無

- 有 (飲酒頻度 回/週) 1日あたりの酒量
- | | |
|-----|--------|
| 日本酒 | ml/本/合 |
| 焼酎 | ml/本/合 |
| ビール | ml/本/合 |
| ワイン | ml/本/合 |

2) 喫煙 無

- 過去に吸っていたがやめた (歳～ 歳まで 本/日)
有 (喫煙歴 年) (喫煙本数 本/日)

3) 睡眠 良好 不眠 (眠剤未使用 眠剤使用時々 眠剤使用毎日)

(薬剤名:)

4) 排泄 排尿 回/日 排尿障害あり 尿の異常(血尿) 尿の異常(その他)

- 排便 ()日に()回 *便の状態(普通便・硬便・軟便・下痢便)
残便感あり 下剤の使用(薬品名:)

6、家族構成をお伺いします。下記の表に記入し、同居されている方はチェック欄に☑をつけて下さい。

	お名前	続柄	年齢	ご住所	電話番号	携帯番号
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

(例) 長女・長男

7、今回の入院について、医師・看護師に伝えておきたいことがあればお書きください。

()

*御協力ありがとうございました。社会医療法人 白光会 白石病院 看護部