

入院誓約書

今般貴院に入院するにあたり、入院治療に専念し「入院案内」等の注意事項・諸規則を遵守し、他の患者や貴院に迷惑をかけないことを誓約いたしました。

また、下記諸事項を確認のうえ、三者の責任において署名捺印しました。

1. 入院中は、医師その他病院職員の指示に従います。
2. 入院料その他の諸費用については、貴院指定日までに遅滞なくお支払いいたします。
3. 患者が入院料その他の諸費用について、貴院指定日までに支払いできなかった場合には、連帯保証人が五十万円を極度額とし滞りなく支払います。
4. 連帯保証人は、入院料その他の諸費用の未払金上記極度額に達した場合は、速やかに極度額の増額に合意します。
5. 病棟・病室の移動については、貴院の指示に従います。
6. 保険証・住所等の変更は、遅滞なくお知らせいたします。
7. 医師より退院の指示があった場合、理由の如何によらず指定の期日までに退院をします。
8. 患者本人が指定日までに諸費用を支払わない場合は、身元引受人・連帯保証人の責任において支払います。
9. 病室における貴重品の管理は自己の責任により行い、万が一紛失・盗難の場合も病院の責任は問いません。
10. 自己の不注意にて、病室備え付けの什器・備品や壁・カーペット等を破損・汚染した場合には、補修費・清掃費などの実費を徴収いたします。

患 者

連帯保証人

フリガナ
氏 名 _____ 印
(未成年の場合)
保護者氏名 _____ 印

現 住 所 _____

電 話 _____ () _____

勤務先名称 _____

職 種 _____

勤務先電話 _____ () _____

身元引受人

フリガナ
氏 名 _____ 印

現 住 所 _____

電 話 _____ () _____

勤務先名称 _____

職 種 _____

勤務先電話 _____ () _____

続 柄 _____ 患者の

フリガナ
氏 名 _____ 印

現 住 所 _____

電 話 _____ () _____

勤務先名称 _____

職 種 _____

勤務先電話 _____ () _____

続 柄 _____ 患者の

注) 連帯保証人は、独立の生計を営む成人の方。

入院日 令和 年 月 日

成田リハビリテーション病院長 殿

入院日当日に身元引受人（ご家族）・連帯保証人の署名捺印を済ませ入院手続きの際、必ずお持ちください。

*収集した個人情報の利用目的 当院の個人情報保護指針以外の用途で情報を利用する場合は、必ず患者様の同意を求めます。

《入院履歴申告書》

● 下記の質問にお答えください

1. 過去3ヶ月以内に他院でご入院されていましたか？

a はい b いいえ

2. 「はい」とお答えの方はご記載ください。

・ご入院期間は、いつからいつまでですか？

ご入院： 年 月 日

ご退院： 年 月 日

・ご入院されていた医療機関名をご記載ください。（例：国際医療福祉大学成田病院）

・ご入院の原因となりました傷病名をご記載ください。

患者様氏名

この書類のご記載を、患者様以外の方が代筆して頂いている場合は、下の申告者様氏名欄にサインをお願い致します。

申告者様氏名

（続柄： ）

成田リハビリテーション病院

入院患者預り金管理及び日用品購入業務等
医療外代行業務についての約定書

成田リハビリテーション病院（以下「甲」という）と入院患者_____（以下「乙」という）の入院期間中下記の事項を約定する。

- 1 乙は、入院生活に必要な金銭の取扱い及び物品等の購入について甲に次の業務を依頼する。
 - ① 入院生活に必要な金銭の出納管理（入金、保管、出金）
 - ② 日用品、おやつ、その他の物品等の購入
- 2 甲は、上記1の業務を次のとおり行う。ただし、入院患者の金銭等の管理は自己管理が原則であるので、病状等から自己管理が困難な者に代わって病院側が管理するものであり、これらの者に対しても金銭等の管理方法を指導し自己管理させるよう努める。
 - ① 入院患者から依頼のあった金銭（以下「預り金」という）について適正に出納管理を行う。
 - ② 入院患者以外から金銭の預かりについて依頼があったときは、その都度その内容を入院患者に通知する。
 - ③ 預り金の出納管理は、入院患者ごとに個人台帳を作成して行う。
 - ④ 預り金の収支状況については、毎月一回、定期的に入院患者に提示説明する。
 - ⑤ 乙から請求があった場合には、直ちに預り金の収支状況について提示説明する。
 - ⑥ 預り金の支出及び物品の購入は、入院患者から依頼がない限り行わない。
 - ⑦ 預り金の支出又は物品の購入をするときは、当該依頼書、領収書等支出又は物品の購入を明らかにする書類等を整理保管する。
 - ⑧ 入院患者が預り金の全部又は一部の引き渡しを希望した場合には、当該金額を預り金の中から引き渡す。
- 3 乙は、いつでも本約定を解除することができる。
- 4 甲は、上記3の解除の要請があった場合には、直ちに乙に預り金及びその出納管理を明らかにする書類等を引き渡すものとする。
- 5 入院患者は、上記4の引き渡しが行われた後は、自己の責任の下に金銭等の管理を行う。
- 6 甲は、預り金について事故等が生じた場合には、その責任を負う。
- 7 保護者（以下「丙」という）は、乙の本約定に基づく一切の債務につき乙と連帯して支払いの責任を負担する。
- 8 本約定を証するため2部作成し、当事者署名捺印の上各1通を保有する。

年 月 日

甲
住所 千葉県成田市南三里塚18-1
氏名 医療法人社団高邦会
成田リハビリテーション病院
院 長 大谷 俊郎 (印)

乙 入院患者
住所
氏名 (印)

丙 身元引受人
住所
氏名 (印)