

# 入院誓約書

医療法人 浩生会

舞子台病院 院長 殿

私は、貴院入院加療を受けるにあたり主治医、看護スタッフの指示を受け入れ、入院療養を送ります。また、病状に悪影響を与える可能性のある要望や他の方への迷惑行為、セクハラ行為、暴言や暴力行為、適切な治療が行えない場合（親族関係者を含む）は退院することを承諾します。

入院に際しての費用等は滞ることなく支払いすることを約束し、万一支払いが滞る場合、保証人が責任をもって支払いいたします。

入院のしおりに記載されている必要事項についても承諾いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 (印)

---

郵便番号

---

住所

---

電話番号

---

携帯番号

---

代筆者名 続柄

---

請求書郵送先

郵送先氏名 続柄

---

郵便番号

---

住所

---

電話番号

---

携帯番号

---

裏面（保証人欄）も確認

民法の一部を改訂する法律より『極度額』設定60万

保証人氏名 ⑩ 続柄

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

民法の一部を改訂する法律より『極度額』設定60万

保証人氏名 ⑩ 続柄

郵便番号

住所

電話番号

携帯番号

# リハビリテーション承諾書

医師によりリハビリテーションが必要と判断された患者様には、医師の指示のもと以下のようなリハビリテーションを必要に応じて開始いたします。

## 【理学療法】

身体機能の回復を目指します。関節可動域訓練、筋力訓練、立ち上がり訓練、歩行訓練等をおこないます。

## 【作業療法】

生活に焦点を当て、日常生活動作（食事・トイレ・入浴・買い物洗濯等）の改善を目指します。

## 【言語療法・摂食嚥下療法】

「話す・聞く・食べる」といったことに障害がある場合に訓練や指導、提案をおこないます。

リハビリテーション実施に際しては、当書面での同意と署名が必要となります。

リハビリテーション開始後は、毎月 1 回詳細な実施内容、計画等を記載した書類、リハビリテーション総合実施計画書（以下計画書）を担当者より、ご本人またはご家族に説明し改めて同意と署名をいただきます。患者様の同意と署名が難しい場合は、ご家族様へ計画書を郵送させていただき、同意できない場合には到着後7日以内にリハビリテーション科まで連絡ください。ご連絡がない場合は、その月のリハビリテーション内容、計画に同意いただけたものとさせていただきます。

以上の記載内容に同意いただけましたら、署名をお願いいたします。

患者氏名：

---

代筆者名：

（続柄）

---

日常生活上のサービスに係る費用、公的保険給付とは関係のない文書の発行等が患者様の負担となります。

【文書作成料】

種類	1通の料金
証明書（院内書式使用）	550円
診断書（院内書式使用）	3,300円
死亡診断書	5,500円
保険会社等診断書	5,500円
特殊診断書（書式記載のみ）	7,700円
特殊診断書（書式記載及び測定）	11,000円

【保険給付外の諸料金】

名称	料金
おむつ名（かんたん装着パッドレギュラー） 1枚あたり	50円
おむつ名（外モレ安心さらさらパッド） //	70円
おむつ名（長時間安心さらさらパッドプレミアム） //	80円
おむつ名（一晩中SkinConditionスーパー） //	100円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーS） //	120円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーM） //	130円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーL） //	140円
おむつ名（一晩中SkinConditionウルトラ） //	140円
おむつ名（リハビリパンツレギュラーLL） //	160円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めS） //	160円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めM） //	170円
おむつ名（のびーるフィットテープ止めS~M） //	170円
おむつ名（一晩中SkinConditionエクストラ） //	170円
おむつ名（のびーるフィットテープ止めL） //	190円
おむつ名（介護用シート） //	190円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めL） //	200円
おむつ名（横モレあんしんテープ止めLL） //	220円
通常のオムツ 1日につき	600円
リハビリパンツ //	400円
バルーン設置時オムツ //	300円
テレビ使用料 1日につき	500円
イヤホン代 1個につき	200円
ねまき 1セット	2,750円
付添い寝具（1日目）	300円
付添い寝具（2日目）	150円
床頭台備え付け冷蔵庫使用料 1日につき	100円
死後処置料 実施日	11,000円
診察券再発行料 1個につき	100円
画像記録（CD-R） 1枚につき	550円

※全て消費税込みの料金を表示しております。

保険外負担に係る費用の同意書

私は、舞子台病院の保険外負担に係るサービスを受けた場合に、その定められた費用を支払うことに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

患者氏名



■ 病室ネームプレート表示の同意

患者確認のため病室の出入り口に、お名前（フルネーム）を表示しています。医療安全の観点から表示させていただいております。不都合な方はお申し出ください。

■ 各階フロア部屋移動についての同意

病状や地域包括管理、長期療養選択、その他諸事情により、病室を移動していただくことがあります。ご家族様への移動に関する連絡はいたしません。不都合な方は、お申し出ください。

■ 入院に関するお問い合わせ

当院では、患者様の入院をご存知のご家族（ご親族）、ご友人が窓口にお見えになった場合には、病室にご案内しています。

お電話でのお問い合わせに関しましては一切お答えしておりません。ご了承ください。

■ 無断離院への対応について

患者様が、当院からの許可を得ずに、無断で病室から離れ院外に出られる等の行動を取られた際、院内の捜索で見つからなければ警察に届けます。生死にかかわる事態につながる場合もありますので、ご理解、ご了承ください。

■ 院内での写真・動画撮影、録音について

当院では、個人情報保護の観点、プライバシー保護の観点より、ビデオ機器や携帯電話、録音機等を用いた写真・動画撮影、録音に関する行為を一切お断りしております。

上記について同意いただける場合、下記にご署名をお願いいたします。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (印) 続柄 ( )

入院時間診用紙

記載日 年 月 日

入院日 年 月 日			
患者氏名：		性別：	職業：
生年月日：		年齢：	
携帯電話 — —		自宅電話 — —	
緊急連絡先（優先順位の高い方から記入ください）			
優先	氏名	続柄	連絡先
①			
②			
③			
Q1 最近の身長と体重を教えてください。 身長 cm・体重 kg			
Q2 今回の病気について入院されるまでの経過を教えてください。 (いつ頃から、どのような症状があり、どのようにされましたか)			
Q3 現在の病気について、どのように説明を受けておられますか？			
Q4 今までに怪我や病気で入院や治療を受けたことはありませんか？ <<例>>○歳 虫垂炎 手術○○病院 ○歳から高血圧 ○○病院で薬を貰っている			
Q5 今までに薬や食物でアレルギーが出たことはありますか？ ない ・ ある 「ある」の方は何でアレルギーが出ましたか？ 卵・乳・小麦・蕎麦（そば）・ナッツ類・えび・かに・鯖（さば） その他（ . . . . . ）			
Q6 今までに輸血をしたことがありますか？ ない ・ ある （ 歳の時）			
Q7 家族構成を教えてください。同居は困ってください。 <<例>>			
<pre>                 graph TD                 subgraph Family                 P[本人] --- S[妻]                 P --- C1[長男]                 P --- C2[長女]                 P --- C3[次男]                 end                 C2 --- C2S[長女の夫]                 C2S --- G[孫]                 style P stroke-dasharray: 5 5                 style S stroke-dasharray: 5 5             </pre>			

⇒裏面のご記入もお願いします

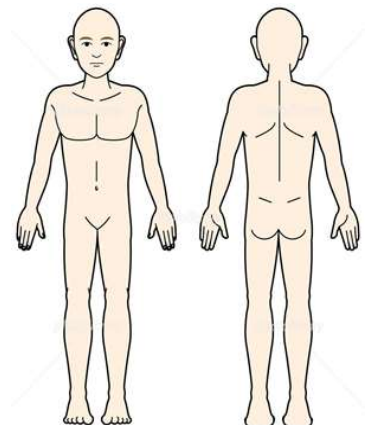
※ あてはまる所に○を付けてください。

Q1	現在お薬を飲まれていますか？	いいえ ・ はい	( 当院 ・ 他院 )
*****はいの方は入院時に必ず薬をお持ちください*****			
Q2	食欲はありますか？	ある ・ ない	
Q3	食べられないものはありますか？	ない ・ ある	( )
Q4	アルコールは飲まれますか？	飲まない ・ 飲む	( ビール 本/日、日本酒 合/日 ) その他 ( /日 )
Q5	喫煙されますか？【過去の喫煙も含む】	しない ・ する	( 本/日)
Q6	便は何日おきに出ていますか？	毎日 ・ 2日に1回 ・ 3日に1回 ・ 4日以上	
	便の硬さはどうですか？	下痢 ・ 軟らかい ・ 普通 ・ 硬い	( )
	下剤を飲むことはありますか？	飲まない ・ 飲む	( 毎日 ・ 適宜 ) 薬の名前 ( )
Q7	尿は1日何回ぐらいですか？	( ) 回	
	夜中に排尿のために起きますか？	起きない ・ 起きる	( ) 回
	尿の出にくい感じや、残った感じはありますか？	ない ・ ある	
Q8	特定疾患・身障者手帳・介護保険などをお持ちですか？	ない ・ ある	
	ある場合どのようなものを持っているかご記入ください。	( )	
	介護度：要支援	I ・ II	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
Q9	下記のものを使用されていますか？		
	義歯	ない ・ ある	(部分 上 ・ 下 総入れ歯 ) 取り外し 可 ・ 不可
	眼鏡	ない ・ ある	( 眼鏡 ・ コンタクト )
	補聴器	ない ・ ある	( 右 ・ 左 )
Q10	日常生活の介助の必要性は、どの程度でしょうか？		
	歩行：	自立 ・ 介助	衣服の着脱： 自立 ・ 介助 排泄： 自立 ・ 介助
	会話：	問題なし ・ 問題あり	食事： 自立 ・ 介助 入浴： 自立 ・ 介助
Q11	夜はよく眠れますか？	良眠 ・ 不眠	
	睡眠薬を服用されますか？	無 ・ 有	(有れば薬品名 )

以下は看護師が記載します。

※※以下の所見があれば部位を図示する※※

- 手術痕 皮膚病変 IVH
- カテーテル類留置 ペースメーカー
- 創処置 麻痺 拘縮
- 強直 筋力低下



確認者 (看護師)