

# 誓 約 書

医療法人 健美会 佐々木病院  
院長 峯 信一郎 殿

入院日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

本日、貴院への入院に際しましては、貴院の規則及び治療上の指示を守り、次のような時は即刻退院の  
手続きに同意致します。

1. 院内外での飲酒、賭け事、暴力などの行為があった時
2. 無断外出、及び無断外泊があった時
3. 他の入院患者に著しい迷惑をかけた時

また、入院に関する費用その他の費用につきましては患者本人、保証人または法定代理人などと連携して  
支払います。※保証人は、患者が負担する入院に関する費用その他の費用について、極度額の範囲内で連帯  
して保証します。

過去3ヶ月の間に他の医療機関に入院履歴がある場合は、退院証明書を提出致します。なお、入院履歴に  
誤りがあった場合は、それにより発生する貴院の損失については責任を負うものとします。これらに反した  
場合並びに入院加療の必要がなくなった場合についても、すみやかに退院の手続きに同意致します。  
上記の通り、保証人連署の上、誓約致します。

本 人	フリガナ		性別	大正 昭和 平成		
	氏名		男・女	年 月 日		
	住所	〒 自宅： 携帯：				
	勤務先	Tel：				
	オンライン資格確認(マイナ保険証)情報取得の同意	有・無	介護保険	有・無		
	オンラインによる診療情報等取得の同意	有・無	介護区分	介護・支援 ( )		
	過去3ヶ月以内の入院 (※1) (※2)	有・無				
	(※1) 有 の方は退院した医療機関名を記入して下さい					
	(※2) 有 の方は退院日を記入して下さい	年 月 日				
保 証 人	フリガナ		性別	本人との関 係		
	氏名		男・女			
	住所	〒 自宅： 携帯：				
	勤務先	Tel：				
	極度額	30万円				
連 絡 先	フリガナ		性別	本人との関 係		
	氏名		男・女			
	住所	〒 自宅： 携帯：				

# 保険外負担料金同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用量、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。下記の内容について同意をいただいた上で、使用するものにチェックし、ご署名をお願いいたします。

## 病院指定オムツ 1枚につき(税込)

- |                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 紙オムツ     | 145円 |
| <input type="checkbox"/> 紙パンツ     | 145円 |
| <input type="checkbox"/> 尿パットスーパー | 140円 |
| <input type="checkbox"/> 尿パットS・M  | 45円  |
| <input type="checkbox"/> 尿パットL    | 65円  |
| <input type="checkbox"/> フラットR    | 40円  |

## その他 1日につき(税込)

- |                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 病衣       | 80円  |
| <input type="checkbox"/> ご家族用貸し布団 | 110円 |

## その他 使用量・利用回数につき(税込)

- |   |        |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 軟膏容器(大)          | 70円    |
| <input type="checkbox"/> 軟膏容器(中)          | 50円    |
| <input type="checkbox"/> 軟膏容器(小)          | 40円    |
| <input type="checkbox"/> 水薬容器(大)          | 130円   |
| <input type="checkbox"/> 水薬容器(中)          | 75円    |
| <input type="checkbox"/> 水薬容器(小)          | 50円    |
| <input type="checkbox"/> プラセボ(1個)         | 5円     |
| <input type="checkbox"/> TVカード(1枚)        | 1,000円 |
| <input type="checkbox"/> イヤホン(1個)         | 250円   |
| <input type="checkbox"/> T字剃刀(1本)         | 100円   |
| <input type="checkbox"/> お手拭タオル(1枚)       | 460円   |
| <input type="checkbox"/> ティッシュ(1箱)        | 75円    |
| <input type="checkbox"/> 食事用エプロン(簡易用)(1枚) | 130円   |
| <input type="checkbox"/> 食事用エプロン(1枚)      | 1,020円 |
| <input type="checkbox"/> 口腔ケアスポンジ(1箱)     | 2,450円 |
| <input type="checkbox"/> 口腔ケアジェル(1個)      | 2,470円 |
| <input type="checkbox"/> 診察券再発行料(1枚)      | 110円   |
| <input type="checkbox"/> 私物洗濯(1ネット)       | 770円   |
| <input type="checkbox"/> 浴衣(購入用)(1枚)      | 2,500円 |
| <input type="checkbox"/> 死後の処置料           | 5,500円 |
| <input type="checkbox"/> 死亡診断書(1通)        | 4,400円 |

## 診療情報の提供に必要な費用の徴収

- |   |        |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 主治医の補足説明に係る費用                      | 7,700円 |
| <input type="checkbox"/> 診療記録等の謄写費用 複写物1枚につき                | 30円    |
| <input type="checkbox"/> 診療録の要約書作成に係る費用                     | 5,500円 |
| <input type="checkbox"/> エックス線写真の謄写料金<br>CD-R\画像を保存し渡した場合1枚 | 1,100円 |

上記について同意致しました。

記入日： 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

医療法人健美会 佐々木病院

ENT: / /

# 部屋使用申込書

記入日： 年 月 日

医療法人 健美会 佐々木病院  
院長 峯 信一郎 殿

私は 病棟の（一般病床・地域包括ケア病床） 号室（室料 円）の使用を  
申し込み致します。

〈本人〉

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

# 部屋移動同意書

記入日： 年 月 日

医療法人 健美会 佐々木病院  
院長 峯 信一郎 殿

入院後の部屋移動に関しては原則として双方話し合いの上行ないますが、病状の急激な変化等、  
緊急やむを得ない時などは、話し合いなく部屋を移動する必要がある事に同意致します。

〈本人〉

氏 名 \_\_\_\_\_

〈説明を受けられた方〉

氏 名 \_\_\_\_\_ 続 柄 ( \_\_\_\_\_ )

# 部屋希望申込書

記入日： 年 月 日

医療法人 健美会 佐々木病院  
院長 峯 信一郎 殿

種類	金額	ご希望の部屋に ○を付けてください
特別室	¥5,500	
個室（トイレ付）	¥2,200	
個室（トイレなし）	¥1,650	
2人部屋（トイレ付）	¥770	
2人部屋（トイレなし）	¥550	
希望なし	上記に記載している いずれかの料金です	
その他希望があれば ご記入ください		

\*お願い\*

ご希望に沿えない場合がございます。ご了承下さい。

また、病状の急激な変化があった場合など、ご希望された部屋から説明なく部屋を移動になる場合がございます。（移動先になった方を含みます）

人命や病状の回復を第一優先として行うものですので、ご協力お願い致します。

〈 本人 〉

氏 名 \_\_\_\_\_

〈 代筆者 〉

氏 名 \_\_\_\_\_ 続 柄 ( \_\_\_\_\_ )