

入院申込書(兼誓約書)

総合病院 岡山協立病院 院長 殿 年 月 日

私は貴院に入院するにあたり、入院時説明書(冊子:入院のご案内)の内容について確認し、それらを十分に理解した上で入院を申し込みます。また、下記事項を遵守かつ履行し、貴院にご迷惑をかけないことを、身元保証人(連帯保証人)の署名のうえ誓約します。

- 入院に際しては、貴院の諸規則・指示を守り、療養に専念します。
- 診療費及びその他の費用は遅滞なく支払います。入院患者本人が支払いできない場合には、身元引受人(連帯保証人)が支払います。

入院患者本人	
ふりがな 氏名 印	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
〒 住所	電話番号 (自宅) () (携帯) ()
職業 勤務先	電話番号 ()

身元保証人(連帯保証人)	
ふりがな 氏名 印	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
〒 住所	電話番号 (自宅) () (携帯) ()
職業 勤務先	入院患者との関係
保証限度額 50万円(今回の入院~退院までの身元保証人の上限金額)	

◎入院についての自己申告のお願い

これまでの入院について正しく自己申告されないと、入院料が全額自己負担になることがありますので必ずご記入ください。(退院証明書をお持ちの場合は、記入については不要となります。)

貴方は3ヶ月以内に病院(保険医療機関)に入院したことがありますか?

【 はい ・ いいえ 】 → 『はい』の方は次の質問にもお答えください。

前回の入院先の病院名: 【 _____ 】

前回の入院期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

入院の理由となった主たる病名: 【 _____ 】

入院中の諸規則

入院中のお願いと禁止行為に関する同意書

総合病院 岡山協立病院 院長

ご入院に際して、病院の規則を厳守していただきますようお願いいたします。
尚、下記の項目について反した場合には、医療契約の解除・退院して頂くことがあります。ご確認のうえ署名をお願いいたします。

1. 入院病棟・病室について

入院病棟、病室は入院主治医・病状・入院期間により決めさせていただきます。
緊急入院や病状の変化、入院期間など、事情により病棟・病室をかわっていただく場合もありますので、ご了承ください。(差額ベッド代はいただいております。)

2. 禁煙について

「健康増進法」(2003年5月施行)にもとづき、駐車場を含む敷地内禁煙を推進しています。
病院敷地内で喫煙された場合は、退院していただくことがあります。

3. 飲酒について

飲酒は厳禁となっております。
飲酒された場合は退院していただくことがあります。
ノンアルコール飲料も禁止させていただきます。

4. 無断外出、無断外泊について

無断で外出・外泊された場合には、厳重注意あるいは退院していただくことがあります。

5. 迷惑行為について

暴力暴言など迷惑行為により、他の患者さんへの療養への支障、業務上の支障、職員への危害等が生じた場合は厳重注意させていただきます。
注意に従わない場合は、医療契約の解除、警察への通報、退院していただくことがあります。

6. 貴重品について

入れ歯、補聴器など持ち物の管理は、患者さんご自身でお願いします。
貴重品、多額の現金は持参されないようお願いします。
院内での盗難・紛失について、病院では責任を負いかねますのでご了承ください。

年 月 日

上記規則に同意いたします。

患者本人：

本人の意志が確認できない場合

患者本人との関係（ ） 親権者・代諾者：

オンライン資格確認による情報取得に関する同意

【 同意する ・ 同意しない 】

(同意しない場合は限度額適用・標準負担額減額認定証(限度額適用認定証)の資格情報を当院で取得できないため通常の負担上限額で医療費を請求させていただきますので、あらかじめご了承ください)

保険外費用に関する同意書

総合病院 岡山協立病院 院長

当院では、オムツ等を患者様の身体状況に応じて使用させていただきます。使用料は以下の通りになります。

種類	金額/枚(個)(税込)
紙カバー・簡単テープS・小M・M・L	150円
サラケアビッグ	57円
ハイパー1600	88円
サラケアパットワイドロング	55円
リフレはくパンツM・L・LL	141円
ピンクパット・ピッタリパット	40円
ピンクフラット	30円
ミニオシメ	13円
軟便安心パット	84円
リフレはくパンツ3L	260円
シャワー用アームカバー	350円
マスク代(2枚1セット)	110円
スリッパ代	220円
カラーキーパー	3,300円
パウチ代(人工肛門)	297円
病衣使用料1着	330円
エンゼルセット(死後の処置セット)	6,600円
付き添い用ベッド(1日)	330円
糖尿病教室テキスト(1冊)	660円

※オムツ等の使用料金に関しては、保険医療費外の自費負担となります。

「後期高齢者保険」「国民健康保険」「社会保険」「生活保護等の公費」などの保険種別に関わりなく、使用(枚)数に応じた金額を入院費と合わせて請求いたします。

なお、お住まいの市区町村によって異なりますが、年齢・所得に応じてオムツ代の助成が受けられる場合があります。毎月の領収書は大切に保管して下さい。

※領収書紛失の際には、再発行は枚数に応じて手数料がかかります。

患者本人：

上記内容の説明を受け、利用について同意します。

令和 年 月 日

親権者・代諾者： 印 患者本人との関係（ ）

〒
住所：

連絡先電話番号： ()

以上について説明をしました。

説明者

総合病院 岡山協立病院
岡山市中区赤坂本町 8-10
086-272-2121

入院される方へ

患者さんのお名前（ ）

ご入院される際にご記入の上、お持ち下さい。ここでお聞きしたことを入院生活の支援に役立てます。ご協力をお願いします。注) の部分は看護師向けです

【患者プロフィール 情報管理】

- かかりつけ医（ ）
- 告知について
重い病気でも告知を望まれますか はい いいえ→（ ）に話して欲しい
- 職業 なし（以前 ）あり→（ ）

• 新型コロナワクチン接種について

最終接種歴：（ ）回目 年 月 ・ 接種していない

【患者プロフィール 禁忌・アレルギー】

- 禁忌・アレルギー（造影剤・歯医者での麻酔など）なし あり→（ ）
- 食物・薬物アレルギー なし あり→（ ）

【患者プロフィール 既往歴】 <今までの病気・けがについて>

緑内障・心臓疾患・糖尿病・前立腺肥大の有無についていかがですか？

年 齢	病 名	かかった病院名

<今までの手術について>

年 齢	病 名	手術を受けた病院名

- 体内金属(ペースメーカーなど) なし あり→（ ）

【患者プロフィール 家族情報】

同居家族： 両親や兄弟の有無：

ご家族の連絡先 入院中のキーパーソン 氏名： 続柄：

昼間・夜間 つながる方を2名記載して下さい

ふりがな 氏 名	続 柄	住 所（同居の有無）	電話番号	昼間 夜間
				<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間
				<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間

【患者プロフィール 生活】

- ・喫煙 なし あり→(1日平均 本 歳～ 歳まで)
- ・飲酒 飲まない 飲む→(種類: 1日の量:)
- ・サプリメントを飲まれますか 飲まない 飲む→()
- ・補助具:眼鏡 なし あり コンタクトレンズ なし あり
補聴器 右・左・両方 義歯 上・下 部分・すべて
補助具を管理する上での注意点はありますか?【連絡メモへ記載】
()
- ・宗教上のご要望等あればご記入ください()

【患者プロフィール 介護・社会資源】

- ・介護保険認定 →支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5
申請中: 月 日 申請 申請末のかた希望: あり なし
ケアマネージャー: 所属() 氏名() 連絡先()
利用中のサービス等()
- ・障害者手帳 なし あり→障害名() 等級()
- ・自宅からの入院の場合【患者プロフィール 介護・社会資源 住居環境】
持ち家(平屋 () 階建て マンション() 階 エレベータ 有 無)
借家(平屋 () 階建て マンション() 階 エレベータ 有 無)
居室() 階 (ベッド 布団)
- ・施設からの入院の場合【コメント欄へ記入】
施設名()

・生活運動情報 【ADLスコア】※入院時と入院前とで変化があれば確認

- ・食事について 調理者() 食事内容() 摂取時の介助 なし あり
- ・排泄について
トイレへ行ける・ポータブルトイレを使用・ポータブルトイレ+おしめ
失禁 なし あり→おむつ リハビリパンツ 布パンツ その他()
わかれば最終排便がいつか教えてください()
- ・入浴について 介助なし・介助が必要・見守りが必要
- ・移動について
独歩(介助なし 一人介助で歩行)
歩行補助: なし あり(杖・手押し車・車椅子・電動車椅子)
- ・服薬管理 自己管理 他者管理→()
- ・基本情報など【看護プロフィールへ記載】
 - ・入院中の要望()
例: リハビリをして欲しい 今の動作を維持して欲しい
本人の性格が〇〇〇だから、〇〇〇な対応をして欲しい など
- ・退院先
自宅・施設()・病院()

ご協力ありがとうございました。



〈歯科より〉口腔ケアのご案内

当院では、歯科衛生士が病室を訪問して専門的口腔ケアを行っております。病室でのケアをご希望の方は、下段の申込書にて、直接、歯科受付にお申込みください。

専門的口腔ケアの目的

- ・口腔疾患の予防・改善により全身の健康状態を維持・増進すること
- ・入院生活に対する意欲・爽快感を持って頂くこと

ケアの料金

- ◎月4回の場合、1割負担の方で
- ◎初診月 **約1,500円/月**
- ◎2カ月目以降 **約1,000円/月**です。



※その他、歯科治療に関するご相談（病棟往診など）がございましたら、担当看護師又は歯科までご相談下さい。

※退院後も引き続き口腔ケアをご希望の場合は、訪問診療のご紹介もさせていただきます。お気軽にお問合せ下さい。

〈口腔ケア申込書〉

歯科受付 宛

記入日 年 月 日

歯科衛生士による専門的口腔ケアを希望いたします。

受診者氏名： _____

病棟： 北2階 南2階 北3階 南3階 HCU 緩和 北4階 南4階

代筆者氏名： _____

ご連絡先： _____

〈岡山協立病院歯科 電話：086-271-1978〉

〈歯科記入欄〉

歯科受取日： 年 月 日

病棟： _____

受取者印： _____ 印