

成年後見人等用

入院日（令和 年 月 日）

医療法人 桜花会
醍醐病院 施設管理者 様

入院申込書（兼入院誓約書）

貴院への入院に際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守いたします。
 万一、各種規則に違反したとき、または他の患者様の迷惑となると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を誓約いたします。

記

- 1. 故意または過失により貴院に損害が生じた場合には、患者が損害賠償の責任を負います。
- 2. 治療上の都合により、転棟、転室、また他院への受診、転院が必要である場合、これに応じ協力します。
- 3. 治療上必要と判断される院内外のレクリエーションに患者が参加することに同意します。
- 4. 原則として金銭等は自己管理を行うが、本人もしくは家族の希望、また治療の必要上実施された隔離・拘束等自己の責任の下で管理できない場合はこれを病院に委託します。
- 5. 入院の治療関係諸費用を、本人に代わって貴院指定の期日までにお支払いし、支払いが困難な事象が発生した場合は速やかに貴院に連絡します。
- 6. 衣類等の管理、金庫・ロッカーの使用などの保管費用を入院日数に応じ遅延なくお支払いします。
- 7. 当院で衣類の洗濯を希望する場合、使用料及び使用回数に応じて、貴院で定められた費用をお支払いします。
- 8. 当院が提供するおむつの利用を希望する場合、使用料及び使用回数に応じて、貴院で定められた費用をお支払いします。

なお、「3.」から「8.」の詳細については別紙のとおりです。

入院者	フリガナ	\${患者.カナ氏名}		患者 ・ 性	生年月日	\${患者.生年月日(元号)} \${患者.生年月日(和暦)}年	
	氏名	\${患者.漢字氏名}				\${患者.生年月日(月)}月 \${患者.生年月日(日)}日	
	現住所	〒 \${患者.郵便番号} \${患者.住所} \${患者.自宅番地方書}					
申込者	フリガナ			男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成	
	氏名	印				年 月 日	
	患者との続柄			電話番号			
	現住所	〒					

入院者と申込者が同じでも構いませんが、必ず申込者欄にもご記入ください。

連絡 急 先 時	フリガナ		患者との続柄	電話番号
	氏名			

入院者とは異なるご家族等の連絡先をご記入ください。

請求書 送付 先	<input type="checkbox"/> 申込者へ送付	
	<input type="checkbox"/> 申込者と異なる住所へ送付	
	〒 宛名	
<input type="checkbox"/> 入院者へお渡し		<input type="checkbox"/> その他（

入院誓約書の説明

<院内外のレクリエーション活動について>

院内外のレクリエーション活動に必要な経費が生じた場合は支払いを承諾いただきます。また、当該活動中に当院の責によらない不測の事故が生じた場合は当院と協議の上、その処理にあたることを承諾いただきます。

<日用品費管理料について>

金銭等を病院側で管理する場合は、その日数分の管理料の支払いを承諾いただきます。

項目	単価(税込)	備考
日用品費管理料 (病院管理期間内)	165円/日	別途同意書を作成いただきます

<治療関係諸費用の支払いについて>

治療関係諸費用は、指定期日（請求書が届いて1週間程度）までに延滞なく支払いいただきます。

<私物管理料について>

衣類等の管理、金庫・ロッカーの使用などの保管費用（私物管理料）を入院日数に応じて支払いいただきます。

項目	単価(税込)	備考
私物管理	110円/日	すべての入院中の方に支払いいただきます

<洗濯代について>

当院での衣類の洗濯を希望される場合は、使用料及び回数に応じて、当院で定められた費用をお支払いいただきます。

項目	単価(税込)	備考
洗濯代	大	330円
	中	220円
	小	77円

<おむつ代について>

当院が提供するおむつの利用を希望する場合、使用料及び使用回数に応じて、当院で定められた費用をお支払いいただきます。

項目	商品名	販売価格(税込)		
		1パック		バラ(1枚)
おむつ代	簡単テープ止め S	34枚	2,800円	110円
	簡単テープ止め M	30枚	2,800円	110円
	簡単テープ止め L	26枚	2,800円	110円
	簡単テープ止め 大きめL	22枚	2,800円	150円
	はくパンツ S	22枚	1,800円	100円
	はくパンツ M	20枚	1,800円	100円
	はくパンツ L	18枚	1,800円	100円
	はくパンツ LL	16枚	1,800円	120円
	はくパンツ 3L	14枚	2,200円	160円
	サラケアパッド	30枚	1,250円	50円
	スピードキャッチパッド	30枚	2,300円	80円
	ハイパープレミアム	30枚	2,600円	110円
	便利なワイドシート	46枚	1,400円	35円
	介護用シート吸水タイプ	30枚	3,400円	120円
	パッドタイプ男女兼用	30枚	520円	20円

入院日 (令和 年 月 日)

医療法人 桜花会
醍醐病院 施設管理者 様

入院費支払保証書

私（連帯保証人）は、上記入院者の入院料その他の諸費用の全部または一部が指定の期日までに未納の場合は、病院の定める極度額の範囲で連帯して責任を負うことを誓います。

入院者	フリガナ	{患者.カナ氏名}	患者・性	生年月日	{患者.生年月日(元号)}
	氏名	{患者.漢字氏名}			{患者.生年月日(和暦)}年 {患者.生年月日(月)}月 {患者.生年月日(日)}日

連帯保証人	フリガナ		男・女	入院者との続柄	
	氏名				印
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	電話番号	
	現住所	〒			

※連帯保証人は、支払者とは異なる診療費支払い能力を有する成年者でお願いします。

※指定の期日とは、請求書が届いてから1週間程度です。

病院の定める極度額 100万円

連帯保証人欄に記載が出来ない場合は、以下をお選びいただければ連帯保証人の選任は不要です。

入院保証金 10万円 (現金のみのお取り扱いとなります)

入院当日に受付窓口までお持ちください。

お預かり時に「入院保証金預り証」を発行いたします。ご退院時に精算いたしますので、大切に保管してください。