

入院誓約書・同意書

西横浜国際総合病院 院長 殿

記入日 年 月 日

私は、この度貴院から入院診療を受けるにあたり、下記の事項を遵守し、貴院に対し一切の迷惑をかけないことを身元引受人・連帯保証人と連署の上、誓約・同意いたします。

記

- 入院中は、医師、看護師等病院職員の指示ならびに注意事項を遵守し治療に専念いたします。
- 私と私の家族等の関係者が、貴院の入院案内・院内掲示等による注意事項に対する違反行為、又は以下の行為を行った場合は、病院の措置に従います。(入院診療の中断・退院)
 - 暴力行為、強迫・暴言行為、セクハラ発言及び行為
 - 当院敷地内における喫煙・飲酒、また、それらの院内への持込(タバコ、アルコール類、ノンアルコールビール等)
 - 病院設備の損壊行為
 - 無断離院
- 入院中に貴重品等(高額な現金、貴金属類等)を病室に持ち込まないようにいたします。
- 許可なく病院内での撮影や録音をすることは、いたしません。
- 保険証・住所等に変更事項があった場合は、遅滞なくお知らせいたします。
- 定められた範囲内での個人情報を利用することに同意いたします。
- 医療従事者等に感染が危惧される事態(注射針による針刺し、血液の付いた器具等によるケガ、血液や体液の曝露、噛みつき等)が生じた場合は、以下の感染症に対する血液検査を実施することに同意いたします。(検査項目:B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス、梅毒、HIV 検査費用については西横浜国際総合病院が負担する。)

以上

入院日: 年 月 日

患者本人			
フリガナ		性別	
患者氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
住所	〒		
電話(自宅)		電話(携帯)	
勤務先名		電話(勤務先)	
代筆者(代諾者) ※ 患者本人が記載できない場合			
フリガナ		患者との続柄	
氏名			
代筆事由	<input type="checkbox"/> 患者本人が書式記載につき判断ができない身体状態である <input type="checkbox"/> 診療・検査中のため <input type="checkbox"/> 未成年のため <input type="checkbox"/> その他[]		

(ID:)
(氏名)

◆当院では個人情報保護の観点から、電話による患者情報のお問い合わせにはお答えいたしません。もし、面会を希望される方が来院された場合、お部屋番号をご案内してもよろしいですか？

(はい ・ いいえ)

※上記につき、入院途中で変更される場合は、病棟責任者を通じて入退院センターへお申し出ください。

◆差し支えなければ、お教えてください。臓器提供意思カード(ドナーカード)をお持ちですか？

(持っている ・ 持っていない ・ わからない)

◆マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか？

(はい ・ いいえ)

→はいとお答えの方

診療情報、健診情報、限度額適用認定証に同意されましたか？ (はい ・ いいえ)

身元保証書

この度、左記の者の入院加療にあたり、治療費の支払いその他入院時の発生する一切の債務につき極度額 30 万円の範囲で連帯して保証します。

記入日: 年 月 日

身元引受人			
フリガナ		患者との続柄	
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒		
電話(自宅)		電話(携帯)	
勤務先名		電話(勤務先)	
連帯保証人(独立生計を営む方)			
フリガナ		患者との続柄	
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒		
電話(自宅)		電話(携帯)	
勤務先名		電話(勤務先)	