入　院　誓　約　書

1　患者及び連帯保証人は、病院から治療方針についての事前説明を受けてこれを理解し、その治療方針に従った治療が行われることに同意します。また、患者の容態が急変した場合等の緊急時には、患者の救命のため、必要に応じ、上記事前説明にない治療がなされる場合があることを理解し、これに同意します。尚、担当医師の許可なく勝手に退院する場合は、如何なる結果になりましても、病院に対してその責任を追及することは致しません。

2　入院治療の一環として写真及び動画撮影することについて同意します。

3　入院期間は主治医と相談の上、期限を厳守致します。

4　医師及び職員の指示に従わず生じた事故、無断外出泊または不可避的に生じた転倒・徘徊による事故等については、病院に対してその責任を追及することは致しません。

5　無断外出等で万一患者の所在が不明となった場合、連帯保証人は、病院においてバス会社・タクシー会社・警察等への確認依頼などの手続きをとることを了承します。また、この場合、連帯保証人は、患者の所在場所の把握や病院への同行等、病院において患者に対する入院治療を適切に行うための措置について、病院に積極的に協力を致します。

6　患者は、入院治療費、室料差額、実費費用等の、本件入院治療契約に基づいて自己が負担すべき費用は、請求書発行より１４日以内に遅延なく支払います。患者及び連帯保証人は、上記費用につき病院が後記請求先に請求することに同意し、仮に支払不能又は支払遅延が生じた場合、退院を含めて病院のいかなる指示にも従います。また、連帯保証人は、病院からの請求があれば、入院治療費、室料差額、実費費用等の、本件入院治療契約に基づいて患者が病院に対して負担する一切の債務について異議なく直ちに支払います。

7　入院中に当院担当医の許可なく他院を受診することを致しません。また、許可なく他院を受診した場合に発生した費用は全額実費負担致します。

8　入院中の私物については、病院の指示に従い少量化に努めます。貴重品その他高価な物品の持ち込みは致しません。万一紛失した場合、病院に対して一切責任を問いません。

9　衛生管理上、食品類の持ち込みについて極力控え、万一持ち込んだ食品により食中毒などの事故が発生した場合、病院に対しては一切責任を問いません。

10 本人又は他人の身体に有害な影響を与える恐れのあるもの（例えば誤飲の危険のある洗剤・漂白剤、はさみ、ナイフ、カッターナイフなどの刃物類）は原則持ち込みません。但し、特別な理由があって持ち込みをする場合は、必ず病棟師長に申し出、許可を得ることとし、必ず自己の責任において厳重に管理します。万一、持ち込んだ物品により事故が発生しても病院には一切責任を問いません。

11 患者様・職員のプライバシーと院内の個人情報を保護するため、院内および敷地内でのカメラ・ビデオカメラ・録音機・スマートフォン・携帯電話による許可のない撮影や録音をする事は禁止とします。

12 院内で飲酒、賭博、暴力、喫煙、大声等、他の患者様にご迷惑をかけ、職員の指示に従わない場合は、強制退院となっても異議は唱えません。また、無断外泊等入院治療上不適当と認められる行為のある場合も同様に従います。

13 患者の責に帰すべき事由によって、器物破損等の損害を当院が被った場合、患者及び連帯保証人は、連帯して、当院に対してその損害を賠償するものとします。

14 医師の判断により、保護的措置が必要と認められる場合は、別紙の同意書の記載の通り同意致します。

15 連帯保証人は上記事項を患者本人に遵守させ、連帯保証人も遵守することを誓約致します。

16 連帯保証人は、患者と連帯して、本契約から生じる患者の債務を負担するものとし、連帯保証人の負担は、極度額 500 万円を限度とする。連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者又は、連帯保証人が死亡した時に、確定するものとする。

17 連帯保証人の請求があった場合、病院は連帯保証人に対し、延滞なく、利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者へのすべての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

《記入は裏面にお願いします》

京都近衛リハビリテーション病院

令和　　年　　月　　日

京都近衛リハビリテーション病院　病院長　　三橋　尚志　殿

患　者　　〒
住所

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　自宅電話

（代筆者:　　続柄:　　）

連帯保証人(1)　　〒
住所

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　（続柄：　　）

自宅電話　　携帯電話

勤務先　　電話

連帯保証人(2)　　〒
住所

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名　　（続柄：　　）

自宅電話　　携帯電話

勤務先　　電話

※連帯保証人につきましては、１名は生計を伴にしない方をご記入下さい。

● 請求先について下記に〇及び記載お願いします。

請求先　　１．患者本人

２．連帯保証人(1)に同じ。

３．連帯保証人(2)に同じ。

４．上記以外の場合は下記にご記入をお願いします。

〒
住所　　自宅電話

氏名

令和７年４月１日改正

京都近衛リハビリテーション病院

令和　　年　　月　　日

入院時部屋希望調書

患者氏名			
記入者名			
希望部屋	☆　ご希望される部屋全てに〇を記入ください　☆		
	A病棟・B病棟（回復期リハビリ病棟）		
	個室	39,600円	
		22,000円	
		19,800円	
	ユニット型4床室	3,850円	
	４人室	０円	
備　考　欄			

※　お部屋代には、消費税が含まれております。
※　入院状況により必ずしもご希望のお部屋が用意出来ない場合がございます
※　入退院の時間に関係なく、入院日・退院日それぞれ1日分の室料がかかります。
　（例）1泊2日の場合、室料は2日分として計算いたします。
※　外泊された場合も室料がかかります。
※　病状により、当院より部屋の指定をご相談させていただく事がありますので
　ご了承ください。

事務担当	

京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
令和8年9月1日

医療法人社団　行陵会
京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院　病院長　殿

室料差額　同意書

私は、以下病室に入室すること、また記載内容に同意し室料差額費用をお支払いします。

入室日　　令和　　年　　月

患者氏名

家族氏名　　（続柄　　）

	お部屋番号	金　額/日（税込価格）
個　室	□ 401	¥39,600
	□ 301　□302 □ 303　□305 □ 306　□307 □ 402　□405 □ 406　□407 □ 408　□410 □　422	¥22,000
	□ 308　□310	¥19,800
ユニット型4床室	□ 315 □ 317 □ 318 □ 320 □ 415 □ 417 □ 418 □ 420	¥3,850

※　入退院の時間に関係なく、入院日・退院日それぞれ1日分の室料がかかります。

※　外泊された場合も1日分の室料がかかります。

※　他の患者様の治療内容や症状、感染症対応によりやむを得ず病室（4床室）への移動や病棟を移動していただく場合はございます。あらかじめご了承ください。
また、緊急の場合、移動に際して事前のお知らせが間に合わない場合もございます

説明日　　令和　　年　　月

説明者

京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
令和8年9月1日

医療法人社団　行陵会
京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院　病院長　殿

実費徴収に係る同意書

私は、下記物品の使用について担当職員より十分な説明を受け使用することに同意いたします。

また、使用にあたり発生する費用についても、遅滞無く支払うことに同意いたします。

品　目	単　位	金　額（円）
室料差額@	１日につき	3,850～39,600
紙おむつ代（パット、はくパンツ等）	１枚につき	50～190
理美容代（委託業者による料金規定）	１回につき	660～5,390
文書料	１枚につき	550～8,800
作業療法材料代＊	１回につき	実費
選定療養費（期限超リハビリ）@	1単位につき	3,300
特別選択メニュー食※	1食につき	550
付添寝具※	１泊につき	1,100 / 1,320
予防接種料	１回につき	4,950 /11,000/15,000
死後処置料（ｴﾝｾﾞﾙｾｯﾄ含）	１回につき	22,000
コピー代 （白黒）　/　（ｶﾗｰ）	１枚につき	20　/　30
画像CD-R作成料	1回につき	1,100

§　税込み価格
§　@印は別途同意書徴求
§　※印は別途申込必要
§　＊印は本人引取りに係るものに限る

令和　　年　　月　　日

患者氏名

家族氏名　　（続柄　　）

京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
令和8年9月1日

患者様の個人情報の保護についてのお知らせ

当院では、患者様に安心して医療を受けていただくために、安全な医療をご提供するとともに、患者様の個人情報の取扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報を別記の目的で利用させていただくことがございます。これら以外の目的で利用させていただく必要が生じた場合には、改めて患者様から同意をいただくことにしております。

個人情報の開示・訂正・利用停止について

当院では、患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止につきましても「個人情報の保護に関する法律」の規定に従って進めております。

手続きの詳細のほか、ご不明な点につきましては、窓口までお気軽にお尋ねください。また、特段のお申し出がある場合も同様です。

１Ｆ 「個人情報保護相談窓口」窓口担当まで　　075-762-5000（代）

京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院　病院長

平成 30 年 9 月 1 日改定

別　記

当院における患者様の個人情報の利用目的・同意書

１．　院内での利用

① 患者様に提供する医療サービス
② 医療・介護保険事務
③ 入退院等の病棟管理
④ 会計・経理
⑤ 医療事故等の報告
⑥ 当該患者様への医療サービスの向上
⑦ 院内医療実習への協力
⑧ 医療の質の向上を目的とした院内症例研究等
⑨ その他、患者様に係る管理運営業務

２．　院外への情報提供としての利用

① 他の病院、診療所、助産院、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等との連携
② 京都大原記念病院グループ施設利用時の情報提供
③ 他の医療機関等からの照会への回答
④ 患者様の診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
⑤ 検体検査業務等の業務委託
⑥ ご家族等への病状説明
⑦ 保険事務の委託
⑧ 審査支払機関又は保険者へのレセプトの提供、照会への回答
⑨ 事業者等から委託を受けた健康診断に係る事業者等へのその結果通知
⑩ 医療の質の向上を目的とした学会や学術研究発表等※
⑪ 外部監査機関への情報提供※
⑫ 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談又は届出等
⑬ 司法・行政機関その他団体による法令の根拠に基づく照会への回答
⑭ その他、患者様への医療保険事務に関する利用

※⑩、⑪の利用に際しては、患者様の特定につながる情報は可能な限り匿名化いたします。

上記のうち、情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当窓口までお申し出ください。

私に関する個人情報を上記の通り取り扱うことに同意します。

令和　　年　　月　　日

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 諾 者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿＿＿

京都大原記念病院グループ

京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院

病院長

「 個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書 」の発行について

当院では、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行いたします。

また、公費負担医療受給者で医療費の自己負担のない方についても、明細書を無料で発行いたします。

明細書は使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点ご理解頂き、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は受付窓口にその旨お申し出下さい。

【確認欄】

■今後明細書の発行を希望しない

令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

確認者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄＿＿＿＿

京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
令和８年６月１日

入院費請求・お支払いについてのご案内

入院費請求につい

ご入院

当院では入院費を１ヵ月毎に精算させていただきます

★請求日　　毎月１０日（前月分を翌月の10日）
★請求期間　　1日（月の途中で入院の場合は入院の日）～末日
★請求書のお届け　請求書はご郵送させていただきます
　　※ご不明な点がございましたら、１階受付にてお尋ねください

ご退院

ご退院の日に退院日までの費用を精算させていただきます
退院当日に受付窓口にてお支払いください
　※但し、お支払い後追加精算が発生した場合、後日返金または追加請求させていただきますので
　　予めご了承ください

お支払いについて

請求書の内容をご確認の上、下記のいずれかの方法でお支払いください
なお、お支払い期限は請求書発行後14日以内とさせていただいております

1. 京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院　受付窓口　　<9：00～20：00>
　　ｸﾚｼﾞｯﾄｶｰﾄﾞもご利用いただけます
2. ゆうちょ銀行振込：受付窓口にて当院指定の振込用紙をご用意しております
　　ご希望の方は受付窓口にてお申し付けください
3. 銀行振込：　京都銀行　本店営業部　普通預金　5220754
　　医療法人社団行陵会　（ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝｼｬﾀﾞﾝｺｳﾘｮｳｶｲ）
　　※必ず患者様ご本人のお名前でお振込みください

※但し、ご退院時は退院当日に受付窓口にてお支払いいただきますようお願いいたします

※領収書の再発行は致しかねますので大切に保管してください。尚、紛失等の理由で再発行を
　場合、再発行手数料1枚にて税込5円（税込）を申し受けます

※お振込みの場合は、請求書と金融機関の払込受領証を併せて領収書に代えさせていただきます。

毎月、マイナ保険証・各種受給者証の確認をさせていただきますので、月初めに必ず受付窓口にご提示ください。保険証の変更があった場合は、その都度速やかにご提示ください。

京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
令和8年8月1日

保険内負担

■各医療保険単独受給者　：　３割

★限度額適用認定証があると高額療養費制度の自己負担限度額までのお支払いになります

高額療養費制度		
対象者	自己負担限度額（月額）	多数該当の場合
適用区分（ア）（年収約1,160万円～）	270,300円+（医療費 - 901,000円）×1%	140,100円
適用区分（イ）（年収約770～約1,160万円）	179,100円+（医療費 - 597,000円）×1%	93,000円
適用区分（ウ）（年収約370～約770万円）	85,800円+（医療費 - 286,000円）×1%	44,400円
適用区分（エ）（～年収約370万円）	61,500円	44,400円
適用区分（オ）（市民税非課税）	36,900円	24,600円

※限度額適用認定証は各保険者にて申請手続きをしていただき、交付後窓口にご提示ください（マイナ保険証の場合は不要）

■７０歳以上の方

高額療養費制度		
対象者	自己負担限度額（月額）	多数該当の場合
３割（現役Ⅲ）（年収約1,160万円～）	270,300円+（医療費 - 901,000円）×1%	140,100円
3割（現役Ⅱ）（年収約770万円～約1,160万円）＊1	179,100円+（医療費 - 597,000円）×1%	93,000円
3割（現役Ⅰ）（年収約370万円～約770万円）＊1	85,800円+（医療費 - 286,000円）×1%	44,400円
１割(一般Ⅰ)　２割（一般Ⅱ）	61,500円	44,400円
１割　（低所得者Ⅱ）＊2	25,700円	24,600円
１割　（低所得者Ⅰ）＊2	15,700円	

※＊１　現役Ⅱ・Ⅰは各保険者で「限度額適用認定証」の申請手続きをしていただき、交付後窓口にご提示ください（マイナ保険証の場合は不要）

＊２　低所得者Ⅱ・Ⅰ（＝市民税非課税世帯等）は各保険者で「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請手続きをしていただき、交付後窓口にご提示ください（マイナ保険証の場合は不要）

■各医療保険　＋　公費医療受給者　：　制度に応じた一部負担金　※公費医療受給者証をご提示ください

■医療保護、労災　等　：　原則負担なし(制度により一部負担金が発生するものがあります)

食事療養費標準負

対象者	標準負担額（1食につき）	
70歳未満の適用区分（ｱ）（ｲ）（ｳ）（ｴ） 70歳以上の3割、１割・2割（一般）	550円 （指定難病患者等　330円）	
70歳未満の所得区分（ｵ） 70歳以上の低所得Ⅱ	90日目までの入院	270円
	91日目以降の入院　＊3	220円
70歳以上の低所得者Ⅰ	130円	

※＊３ 手続きが必要です。各保険者にて手続きをしていただき、交付後窓口にご提示ください

◆生活療養費標準負担（療養病床に入院する65歳以上の方）

対象者	標準負担額		
	食費（１食につき）		居住費（1日につき）
70歳未満の適用区分（ｱ）（ｲ）（ｳ）（ｴ） 70歳以上の3割、１割・2割（一般）	550円 （指定難病患者　330円）		430円 （指定難病患者　0円）
70歳未満の所得区分（ｵ） 70歳以上の低所得Ⅱ	90日目までの入院	270円	430円 （指定難病患者　0円）
	91日目以降の入院　＊4	220円	
70歳以上の低所得者Ⅰ	130円　＊5		430円 （指定難病患者・老齢福祉年金受給者　0円）

※＊４　手続きが必要です。各保険者にて手続きをしていただき、交付後窓口にご提示ください

但し、回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院に該当しない場合（指定難病患者は除く）は270円になります

＊５　回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院に該当しない場合（指定難病・老齢福祉年金受給者は除く）は160円になります

保険外負担

室料差額、おむつ代等その他利用に応じた実費相当額

料金一覧

■お部屋

部屋タイプ	面積（㎡/人）	部屋数	備付の備品等	料金（１日）
個　室	24.5	1	応接セット・キッチン・シャワー・トイレ・ 洗面台・テレビ・冷蔵庫・テーブル・電子レンジ	３９，６００円
	12.1～12.4	13	トイレ・洗面台・テレビ・冷蔵庫・テーブル	２２，０００円
	12.4	2	トイレ・洗面台・テレビ・冷蔵庫・テーブル	19，８００円
ユニット型4床室	7.1	8	テレビ・冷蔵庫・洗面台（共用）	３，８５０円
４人室	―	13	テレビ・冷蔵庫・洗面台（共用） テレビ・冷蔵庫をご利用時はﾌﾟﾘﾍﾟｲﾄﾞｶｰﾄﾞ（有料）が必要です	０円

※　上記料金には消費税が含まれております。
※　入退院の時間に関係なく、入院日・退院日それぞれ1日分の室料がかかります。
　（例）1泊2日の場合、室料は2日分として計算いたします。
※　外泊された場合も1日分の室料がかかります。
※　テレビ・冷蔵庫の利用料金は室料に含まれます。
※　入院状況により必ずしもご希望のお部屋が用意出来ない場合がございます。
　あらかじめご了承下さい。

■紙おむつ

パッド（尿とりパッド）	50円
パッド（下着につける尿とりパッド）	50円
パッド（長時間・ワイドタイプ）	70円
パッド（多いタイプ）	95円
パッド（特に多いタイプ）	125円
パッド（軟便パッド）	170円
テープ止めタイプ	180円
パンツ薄型タイプ	190円

※上記料金には消費税が含まれております。

医療法人社団　行陵会
京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院

令和8年9月1日

■理美容料金表

シャンプー	660円
シャンプー　**※居室・ベッド上**	1,320円
髭剃り（顔剃り）	660円
髭剃り（顔剃り）　**※居室・ベッド上**	1,210円
カット	2,530円
カット　**※居室・ベッド上**	2,970円
カット・洗髪	3,190円
カット・洗髪　**※居室・ベッド上**	4,290円
カット・髭剃り（顔剃り）	3,190円
カット・髭剃り（顔剃り）　**※居室・ベッド上**	4,070円
カット・髭剃り（顔剃り）・洗髪	3,850円
カット・髭剃り（顔剃り）・洗髪　**※居室・ベッド上**	5,390円

※　上記料金には消費税が含まれております。
※　業者委託しております。

医療法人社団　行陵会
京都近衛ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院

令和5年5月1日