

入院予定の患者様・ご家族様

京都近衛リハビリテーション病院

院長 児玉直俊

入院時に必要な書類の記入について

平素より、当院の運営にご理解とご協力をいただき誠にありがとうございます。

当院のご入院に際して、ご記入いただく書類（誓約書等）がございます。

書類につきましては、入院時にご記入いただくか、もしくは事前にご記入し、ご持参いただくことも可能です。

必要書類を当院ホームページから事前にダウンロード、プリントアウトしていただきご記入してご持参ください。

書類の記入方法については下記 QR コードを読み取り「京都近衛リハビリテーション病院 入院のご案内」をご視聴ください。

なお、書類の印刷時は拡大・縮小コピーはせずに A4 サイズをお願いいたします。

こちらの QR コードよりご視聴いただけます→



動画視聴 URL : https://youtu.be/MorYh5nk_i0

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免的に生じた転倒・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守るため、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相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》

令和 年 月 日

京都近衛リハビリテーション病院 病院長 児玉 直俊 殿

患者

〒
住所 _____

フリガナ
氏名 _____ 印 自宅電話 _____

連帯保証人(1)

〒
住所 _____

フリガナ
氏名 _____ 印 (続柄: _____)

自宅電話 _____ 携帯電話 _____

勤務先 _____ 電話 _____

連帯保証人(2)

〒
住所 _____

フリガナ
氏名 _____ 印 (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○及び記載をお願いします。

- 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 _____

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○を記入ください ☆		
	A病棟・B病棟（回復期リハビリ病棟）		
	個室	29,700円	
		16,500円	
	ユニット型4床室	2,750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

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	29,700 / 16,500 / 2,750
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	550~6,600
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
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 / 6,050
死後処置料(エンゼルセット含)	1回につき	22,000
コピー代(白黒) / (カラー)	1枚につき	20 / 30
診察券再発行代	1枚につき	220
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)

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。

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

京都近衛リハビリテーション病院 病院長

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營業務

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： _____

「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、領収証発行の際、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 _____