ID　　Pt

田主丸中央病院長　殿　　（西暦）　　年　　月　　日

入院誓約書

この度の入院に際し、貴院の諸規則を厳守し、医師および看護師ほか貴院職員の指示に従い、貴院に対し決して迷惑をかけないよう本人並びに連帯保証人の連署をもって誓約します。また情報開示や個人情報保護、感染防止時協力、自費項目の支払いについても内容や必要性等を十分理解し入院療養いたします。

1.入院全般について

①医師の治療方針を了承した後は、入院治療に専念します。

②病院側が下記のことを判断した場合、その時点で退院します。

- 医師より当院での入院治療が完了したと判断された場合
- 病院職員又は他の患者に対し、暴言、暴力、脅迫、威嚇、わいせつ行為、ストーカー行為、セクハラ行為、器物破損行為などの迷惑行為、もしくは類似する行為を行ったと判断された場合
- 敷地内での喫煙・飲酒など病院の諸規則を守れず、病院職員の指示に従わないと判断された場合
- 療養に必要でない危険な物品などを院内に持ち込んだと判断された場合
- 携帯電話やデジタルカメラ等による写真・動画撮影、保存、インターネット、SNSへのアップロードが病院や他の患者へ多大な迷惑行為と判断された場合

③患者が貴院に無断で外出又は外泊した場合の事故については自己責任とし、貴院が一切の責任を負わないことを承諾いたします。

④入院の際には、貴重品及び大金、車両は持ち込みません。

⑤金品及び私物（眼鏡、補聴器、入れ歯等を含む）の紛失、毀損等の全ての事故については自己責任とし、貴院が一切の責任を負わないことを承諾いたします。

⑥病院側が必要と判断した場合、警察に対応を依頼することを承諾いたします。

⑦病院側に損害を与え費用が発生したときは、請求書受領後１週間以内に支払います。

⑧入院病床管理上、部屋の移動が必要と判断されたときには、病院の指示に従います。

⑨入院中の療養に係る事項は、連帯保証人において責任をもって病院側の指示通りの対応と処理にあたり、貴院に対し迷惑をかけません。

⑩貴院が規定している個人情報の利用に関する目的、基本方針について同意いたします。また内容について同意できない場合は、必ず医事課へ申し出ます。

⑪保険診療に係る入院料、その他裏面に記載する実費徴収が発生した場合は指定期日までに支払います。万一支払いを怠った場合は、連帯保証人において完済の責を負います。

⑫「⑪」の場合で支払いがないとき、病院側の下記対応について了承します。

- 請求書発行後、１ヶ月経過しても正当な理由なく入金が確認されない場合、督促業務に係る諸費用等の遅延損害金を請求すること。
- 退院後の受診時には、受付前に未納診療費の全部または一部を支払うこと。

⑬入院費用等についての支払いができない場合は、保証会社であるジェイリース株式会社が代位弁済し、同社又は同社が提携する保険会社が代位弁済に基づく求償等を行う場合があることに同意いたします。

⑭別添の「個人情報の取扱に関する同意書」に同意のうえ入院申込を行います。

⑮限度額認定証に係る手続き（高額療養費制度）をオンラインで加入の保険者へ行うことについて同意いたします。

OL確認	／	／	**退院時**	／	

2.感染防止のための検査協力について

職員もしくは患者様において針刺し事故や血液曝露が起きた場合、曝露源の感染症を確認するための(血液)検査を実施することに同意します。

【内容】

職員または入院中や通院中の患者が、他の患者様の血液・体液に汚染された場合の血液検査です。汚染とは、針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露事故、または、それに準じる事象のことをいいます。検査項目は、肝炎ウィルス、ＨＩＶ、成人Ｔ細胞白血病ウィルス、梅毒などで、医療上の必要に応じて検査の一部を省略、または他の検査を追加する場合があります。

3.当院の主な実費徴収品一覧について

下記物品について使用する場合に実費徴収されることを承諾します。

品名	金額(税込)	品名	金額(税込)
1.紙オムツ（テープタイプ）	176円/枚	8.病衣 ※病衣交換は週3回となります。 汚染時はその限りではございません。	220円/日
2.オムツ（パンツタイプ）	187円/枚		
3.パッド（通気パッド）	72円/枚	9.洗濯代	洗濯内容による
4.パッド（リハパンツ用）	72円/枚	10.容器代（軟膏・水剤）	55円/個
5.パッド（Sケアふつう）	154円/枚	11.エアロチャンバー（マスク型）	3,934円/器
6.パッド（Sケアスーパー）	198円/枚	12.エンゼルウェイ	12,100円/セット
7.パッド（軟便パッド）	220円/枚	13.エンゼル衣	3,300円～3,850/枚

上記「1.」～「3.」について内容確認し同意しましたので下記へ署名します。

患者様	氏名（フリガナ） ◆自署の場合は押印を省略することができます　印　（　　歳）	明・大・昭・平・令 年　月　日生
	現住所　〒 TEL（　　）　－	
	勤務先所在地　〒	
	勤務先名称 TEL（　　）　－	
保護者(患者が未成年)または患者様欄代筆者氏名 氏名（フリガナ） ◆自署の場合は押印を省略することができます　印　（　　歳）		患者との続柄
連帯保証人様	氏名（フリガナ） ◆自署の場合は押印を省略することができます　印　（　　歳）	患者との続柄
	現住所　〒 TEL（　　）　－	
	勤務先所在地　〒	
	勤務先名称 TEL（　　）　－	

注1：同年度に複数回入院される方で、連帯保証人など初回の記載事項と全て同じ内容で変更箇所がない場合、初回の入院誓約書を正とし今回の提出は不要とします。

注2：連帯保証人は配偶者および同居人で、入院中の各種対応（療養上の相談や支払いなど）に協力いただける方です。なお、一人暮らしの方は別世帯の方で構いません。