入院申込書

令和　年　月　日

院長　今村　純忠　殿

入院中は、病院の規則や、医師・看護師をはじめとする病院職員の指示を守り、他の患者様の療養環境にも配慮して行動することをお約束します。また、病院職員や他の患者様に対する暴言、脅迫、威圧的な言動、暴力、しつこい要求など、診療や病院業務の妨げになる行為は行いません。

こうした行為があった場合には、状況に応じて診療・対応をお断りすることがあります。また、必要に応じてご家族等へご連絡したり、警察など関係機関に相談・通報したりすることもあります。

なお、これは診療内容や療養生活についてのご意見、ご要望、苦情をお伝えいただくことを制限するものではありません。ご意見等がありましたら、病院職員までお気軽にお申し出ください。退院の指示があった際には、速やかに従います。

入院患者

氏　　名			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳		
住　　所			
電話番号	（自宅・携帯）		
勤 務 先		電話番号	

上記の者の入院治療に関し、入院中の連絡、必要な手続き等について協力します。万一、入院中に診療費又は入院料の納入遅延・滞納を生じたときは、責任をもってお支払いします。

身元引受人

氏　　名			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳		
住　　所			
電話番号	（自宅・携帯）		
勤 務 先		電話番号	
本人との関係			

個人情報保護について

当病院では個人情報は診療のために利用する他、病院運営、教育・研修、行政命令の遵守、他の医療・福祉施設との連携のためや、外部機関による病院評価、学会や出版物等で個人名が特定されないかたちで個人情報を利用することがあります。

医療事故防止・安全確保のために氏名の呼び出しや、病室・食事における氏名の掲示については行います。また、患者様への電話の取次ぎ並びに面会者につきましては、当院の定める規則・運用に基づき対応いたします。

身体上または宗教上の理由等で、治療に関して特別の制限やご希望がある方はお申し出ください。

一度出された同意内容は、いつでも変更することが可能です。個人情報の保護に関する詳しい内容は、各フロアに掲示した個人情報の保護及び診療情報の提供に関するお知らせに記載しております。

個人情報に関する同意書

令和　　年　　月　　日

院長　今村　純忠　殿

上記内容について同意します。

氏　　名	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳
代　理　人 氏　　名	
（本人が未成年の場合）	
親　権　者 氏　　名	

病院内・敷地内禁煙に関して

今村病院では、患者様の健康と安全な療養環境を守るため、病院内および敷地内を全面禁煙としています。

受動喫煙を防止するとともに、喫煙による火災等を防ぎ、入院患者様の生命と安全を守るため、禁煙へのご理解とご協力をお願いいたします。

入院中に病院内または敷地内で喫煙された場合は、注意・指導を行います。改善が認められない場合や、他の患者様・職員の安全に影響を及ぼす場合には、治療の継続が困難となり、退院等の対応をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

上記についてご理解いただき、下記同意書にご記入のうえ、ご提出くださいますようお願いいたします。

院長　今村　純忠

病院内・敷地内禁煙に関する同意書

令和　　年　　月　　日

院長　今村　純忠　殿

上記内容について同意します。

氏　　名	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳
代　理　人 氏　　名	

テレビ・鍵付き床頭台の利用に関する同意書

院長　今村　純忠　殿

氏　　名	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳
代　理　人 氏　　名	

下記の利用規約を遵守し、申し込みします。

申込日　　年　　月　　日

□テレビ利用開始年月日
**　　年　　月　　日　～**

□テレビ利用なし

【規約】
1. テレビは、1日 220 円(税込)となります。
2. 利用料金＝日額×利用日数(開始日から**退院前日まで**)
3. 床頭台の鍵をご紛失された場合には、3,300 円ご請求させていただきます。
4. 冷蔵庫は無料でご使用いただけます。
5. 故意または重大な過失により機器を破損した場合は、修理・交換等に要する実費をご負担いただく場合があります。
6. 利用内容の変更を頻繁に行うことはできません。