

入院申込書

令和 年 月 日

院長 今村 純忠 殿

入院中の諸規則、指示などを守ることをお約束します。また、病院職員や他の患者様に迷惑をかけるような行為・行動などは一切いたしません。退院の指示がありました場合には、すみやかに指示に従います。

入院患者

氏 名				⑩
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一切の責任を引き受けます。万一入院中における診療費又は入院料の納入遅延・滞納を生じたときは、私が責任もってお支払いします。

身元引受人

氏 名				⑩
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、原則すべてお取次ぎいたします。

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		⑩
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳	
代理人 氏 名		⑩
(本人が未成年の場合)		
親 権 者 氏 名		⑩

病院内・敷地内禁煙に関して

今村病院は、「健康増進法」の趣旨に基づき、禁煙対策に取り組んでおり病院内・敷地内の全面禁煙を実施しております。「入院を機会に禁煙ができた」という喜びの声も頂戴しておりますが、一方で、隠れて喫煙される方も中には居るようで、他の患者さんから、受動喫煙に関する不安の声なども聞かれます。病院では、清浄な空気を確保することも、人々の健康を保持増進するための重要な責務と考え、環境保護に積極的に取り組む所存です。

また喫煙後の不始末によるものと思われる火災やボヤ騒ぎも様々な場所で発生しております。防災の観点からも入院患者様の生命を守るために病院内・敷地内禁煙を徹底してまいります。

そのためには、入院される皆様のご協力が不可欠であり、ご意思を確認させていただき同意書を頂戴いたします。下記同意書にご記入の上、提出くださいますようお願いいたします。

なお、病院内・敷地内で喫煙されている場合、治療をお断りして強制退院していただくこともあることをご了承くださいませよう重ねてお願いいたします。

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		Ⓜ

医療法人芝蘭会 今村病院
入院申込書類

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		⑩
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳	
代 理 人 氏 名		⑩

下記の利用規約を順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. 故意に機器を破損しました場合は、実費請求とさせていただきます。
6. 度々(日ごと)の利用変更は承れません。