

入院申込書（兼誓約書）

医療法人社団 広崎会 さくら病院 院長 殿

記入日：令和 年 月 日

入院者	ふりがな		性別	生 年 月 日	
	氏名	Ⓜ		男・女	大・昭 平・令 年 月 日
	住所	〒			—
		都 道 府 県		市 郡	区 町
	電話番号	携帯（ ） — 自宅（ ） —			
勤務先			勤務先電話番号	（ ） —	
身元引受人（キーパーソン）	ふりがな		性別	入院者との関係	
	氏名	Ⓜ		男・女	
	住所	〒			—
		都 道 府 県		市 郡	区 町
	電話番号	携帯（ ） — 自宅（ ） —			
勤務先			勤務先電話番号	（ ） —	

※第一連絡者（キーパーソン）については、
別紙（キーパーソン（患者側責任者）について）のとおりです。

入院に際しては、下記を含めた院内の諸規則を遵守し、いかなる場合も貴院にご迷惑をおかけしない事を誓約いたします。

誓約事項 ※ 内容をご確認の上☑をお願いします

- ☐ 入院料・その他諸費用は、指定の期日までに全額を支払います。万一滞納が生じた場合は、連帯保証人と共に責任をもって納入します。
- ☐ すべての患者様が等しく適切な医療を受けるために、他の患者様や病院職員に迷惑となる行為はいたしません。また、病院敷地内で喫煙・飲酒をしない事を約束します。
- ☐ 万一、各種規則に違反した時、または他の患者様の迷惑になると判断された時は、貴院の指示に従い即時退院する事を了承します。
- ☐ 施設内の居室や設備・器具は、本来の用法に従って利用します。故意または過失により、貴院に損害が生じた場合は、損害賠償の責任を負います。
- ☐ 退院を指示された場合は、指定の期日までに退院します。
- ☐ 外出・外泊をする際は、医師の許可を得て、診療上の注意を厳守します。無断で外出・外泊をしたり、診療上の注意を守らなかった為に、容態の急変や事故などが発生した場合は、貴院には一切の責任を求めません。

入院者（若しくはキーパーソン） 署名 _____

記入日：令和 年 月 日

連 帯 保 証 人	私（連帯保証人）は、上記入院者の身元に関する一切の事項及び入院中に発生した一切の責務について、連帯してその責任を負う事を誓います。													
	ふりがな								性別		入院者との関係			
	氏名		Ⓔ						男 ・ 女					
	住所		〒				—							
			都 道 府 県			市 郡			区 町					
	電話番号		携帯（ ） — 自宅（ ） —											
	勤務先								勤務先 電話番号		（ ） —			
限度額		500,000 円												
※連帯保証人欄が御本人様の直筆でない場合は確認をさせていただきます。														
病院確認欄		確認日時： 年 月 日 時 分 確認を行った。 確認者：												

ご家族 ①	ふりがな											性別	続柄	
	氏名	㊟										男 ・ 女		
	住所	〒				—								
		都 道 府 県			市 郡			区 町						
	電話番号	携帯 () — 自宅 () —												
勤務先											勤務先 電話番号	() —		
ご家族 ②	ふりがな											性別	続柄	
	氏名	㊟										男 ・ 女		
	住所	〒				—								
		都 道 府 県			市 郡			区 町						
	電話番号	携帯 () — 自宅 () —												
勤務先											勤務先 電話番号	() —		

第一連絡者（キーパーソン）・第二連絡者について	
第一連絡者へご連絡がつかなかった場合に第二連絡者へご連絡させていただきます。 連絡先に変更があった場合は、速やかに受付にお知らせ下さい	
第一連絡者（キーパーソン）	身元引受人（キーパーソン）
第二連絡者	☐ 連帯保証人 ☐ ご家族① ☐ ご家族②

入院費支払 について	支払方法	☐ 口座振替 ☐ 窓口支払 ☐ その他（ ）
	主支払者 （金銭を管理されている方）	☐ 入院患者本人 ☐ 身元引受人 ☐ ご家族① ☐ ご家族② ※主支払者の方より支払が滞った場合は、連帯保証人様へ連絡をさせていただきます。

医事確認		印		印		印		印
------	--	---	--	---	--	---	--	---

キーパーソン(患者側責任者)について

さくら病院では入院後の情報の行き違いやご家族間での治療方針の相違を避けるため、患者さんのキーパーソン(患者側責任者)となる方を1名決めていただき、患者さんとキーパーソンを通じて診療を進めてまいります。

【キーパーソン(患者側責任者)の役割】

- ① 病状・症状に関する説明を聞き、その内容を他のご家族に伝えていただきます。
キーパーソン以外の方が同席して、一緒に説明を聞かれることは差し支えありません。
- ② 病院からの重要な連絡や問い合わせを受ける窓口となっていただきます。
- ③ 病状の急変時あるいは緊急時に病院から連絡を受ける窓口となっていただきます。
- ④ 緊急時、キーパーソンの方と連絡が取れない場合には他のご家族にご連絡させていただくことがございます。
- ⑤ ご家族からの要望などがある場合には、意見を取りまとめて、キーパーソンの方が病院へご連絡ください。
- ⑥ 患者さんご本人が意思表示をできない場合に、ご本人に代わって意見を述べていただきます。

【キーパーソンの決め方について】

- ① 患者さんご本人にキーパーソンを決めていただきますが、患者さんがキーパーソンを決めることができない場合にはご家族で話し合ってキーパーソン 1 名を決めてください。
- ② 事情により途中でキーパーソンを変更することはできますが、その場合には予め「いつから誰にかわるのか」を病院へお知らせ下さい。

【病状説明について】

- ① 病状説明は、原則、平日の時間内に対面で実施します。なお、診療上や緊急時などで、主治医等が必要と診断した場合には、この限りではありません。
- ② 複数のご家族の方が個々に来院され、同じ説明を求めることはご遠慮ください。
- ③ 電話での病状説明の問い合わせにはお答えできませんのでご理解とご了承をお願い致します。

そのほか、電話では本人確認が難しいため、入院中の患者さんへの電話の取り次ぎは行いません。

