

# 入院申込書兼誓約書

医療法人秋芳会

秋吉病院長殿

年 月 日

入院に際しては、貴院の決まりを守り診療上の指示に従います。

1. 万一滞納があった場合は、連帯保証人に於いて引き受けることを確約します。
2. 治療に要する保険給付外料金（裏面に一覧表あり）について実費で支払することを同意します。
3. 病院全般並びに敷地内全面禁煙の趣旨を理解し遵守するとともに、喫煙が発覚した場合、病院の方針に直ちに言うことを事前に承諾します。
4. 貴重品の取扱いについて、自身の責任の下に管理を行い、万一の場合には、自己の責任において対処します。

願 出 人	患 者 名	フリガナ 氏 名  _____ (男・女) 大・昭・平 年 月 日生
	〒 現住所	_____ Tel ( ) ( ) ( )
	職 業 勤務先名	_____ 職場Tel ( ) ( ) ( )
	ご 家 族 又 は 親 族	フリガナ 氏 名  _____ 患者との関係_____ (男・女)  〒 住 所  _____ Tel ( ) ( ) ( )
連 帯 保 証 人	◎ 連帯保証人は、患者と別世帯に居住する成年者の方をお願いします。 フリガナ 氏 名  _____ 患者との関係_____ (男・女) TEL ( ) ( ) ( )	
極 度 額	◎ 連帯保証人は、独立して生計を営む支払い能力のある身元確実な方とします。 この入院誓約書は入院する時には必ずご提出ください。 ご不明な点は、受付窓口にお尋ねください。	50 万円 ※ 私は患者が負担する入院料その他の費用について極度額の範囲内で連帯して保証します。

## 実費徴収に関する同意書

	項目	単位	金額 (税込)
保険給付外材料	おしりふきウェットワイプ 20×30 cm	1 箱 (50 枚入)	570 円
	紙おむつベルトタイプS プラス	1 枚	100 円
	紙おむつベルトタイプM プラス	1 枚	110 円
	紙おむつベルトタイプS マキシ	1 枚	140 円
	紙おむつベルトタイプM マキシ	1 枚	150 円
	紙おむつパンツタイプM プラス	1 枚	110 円
	紙おむつテープどめタイプM プラス	1 枚	130 円
	サブパッド (尿取りパッド)	1 枚	50 円
	サルバオーバーナイト男性用 (尿取りパッド)	1 枚	70 円
	デュオ (尿取りパッド)	1 枚	40 円
	サルバ吸水シート 60×90 cm	1 枚	70 円
	ベッドスーパーワイドタイプ 60×40 cm (洗淨用シート)	1 枚	50 円
	口腔ケアウェットガーゼボトル本体	1 個	430 円
	口腔ケアウェットガーゼボトル詰替え	1 個	350 円
	防水シーツ	1 枚	2,550 円
	食事用エプロン	1 枚	1,200 円
	文書料	生命保険等の診断書	1 通
当院様式の診断書		1 通	2,200 円
当院様式の証明書		1 通	1,100 円
自賠責診断書 (警察提出用)		1 通	4,400 円
身障者意見書 (新規)		1 通	7,700 円
身障者意見書 (継続)		1 通	5,500 円
障害年金診断書 (新規・現況届)		1 通	5,500 円
特定疾患診断書 (新規・更新)		1 通	5,500 円
死亡診断書		1 通	3,300 円
水分・栄養補給目的 の補助食品	水分補給ゼリー飲料	1 本	110 円
	栄養補給ゼリー類	1 本	110 円
	栄養補給プリン類	1 本	150 円
	栄養補給ゼリー飲料	1 本	150 円
	栄養補給ジュース類	1 本	150 円
その他	持込み電化製品使用 (許可した物に限る)	1 日	100 円
	イヤホン	1 個	200 円
	テレビカード (1180 分)	1 枚	1,000 円
	箱ティッシュ	1 箱	100 円
	皮膚保護クリーム	1 本	1,700 円
	フェイスシールド	1 枚	100 円

年 月 日