

入院申込書 ・ 誓約書

当院への入院にあたり、裏面の入院申込書・誓約書を記入される前に、下記にある「誓約事項」及び「当院からのお願い」について必ず目を通していただき、内容を確認の上、☑をお願いいたします。

誓約事項 （※内容をご確認の上、☑をお願いいたします。）

- 担当医師の説明を受け、入院診療が必要であることと、治療内容について理解しましたので、貴院へ入院診療をお任せします。
- 診療上必要な病状や情報については真実を述べ、証明書類等にその記載がなされることについて異議を申しません。
- 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。故意にまたは過失により、貴院に損害が生じた場合は、損害賠償の責任を負います。
- すべての患者さんが平等で適切な医療を受けるために、他の患者さんや病院職員に迷惑となる行為はいたしません。また、病棟敷地内で喫煙・飲酒をしないことを約束します。
- 外泊・外出する際は、担当医師の許可を得て、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。
- 万一、療養態度について規則および指示に反した行為があった場合は、いつ退院を命じられても異議はありません。

当院からのお願い （※内容をご確認の上、☑をお願いいたします。）

- 医療の質や医療技術向上のため、検体・画像（静止画・動画）データを、匿名化した上で研究会・論文・認定資格等の資料として使用させて頂くことがあります。
- 入院中に他の医療機関を受診することは、基本的にはできません。他院を受診を希望される場合は、必ず事前にスタッフにご相談ください。
- 医療安全のため、病室入口に患者さんの名札を掲示させて頂きますが、掲示を希望されない場合、スタッフにお申し出ください。
- 所持品・現金等は必要最低限の物としてください。貴重品の管理責任は原則として患者さんご本人にありますので、紛失や盗難等のトラブルには十分お気を付けください。
- 治療には最善を尽くしますが、当院での医療の限界、病状、体力、年齢等、様々な理由によりご期待に添えない場合もございます。十分にご理解ください。
- 院内で実施しているレクリエーション等の様子を院内掲示させて頂いたり、病院の広報誌やホームページに掲載させて頂くことがあります。希望されない場合はスタッフにお申し出ください。

看護師特定行為の包括同意について （※内容をご確認の上、☑をお願いいたします。）

- 当院は特定行為研修を修了した看護師が医師の手順書により、『気管カニューレの交換・持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整・脱水症状に対する輸液による補正』の特定行為を実施しています。ご意見やご質問がありましたらスタッフにお申し出下さい。

※ 裏面に署名欄がありますのでご記入をお願いいたします。

入院申込書 ・ 誓約書

群馬パース病院 病院長 殿

この度の貴院への入院につきましては、特に誓約事項について厳守し、一切の迷惑をかけることを保証人と連携の上、約束いたします。

申込日（入院日） 令和 年 月 日

入院患者	ふりがな 患者氏名	印	性別	男女
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳
	住所	〒 市 町 県 郡 村 番地		
	固定電話	— —	携帯電話	— —

私（連帯保証人）は、上記患者の身上に責任を持つとともに、退院の指示があった場合は、指定の期日までに責任をもって引き受けます。また、医療費その他諸費用は退院日または指定の期日までに、患者と連帯し責任をもって支払います。

（請求書送付先） 連帯保証人	ふりがな 氏名	印	続柄	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳
	住所	〒 市 町 県 郡 村 番地		
	固定電話	— —	携帯電話	— —
	勤務先		固定電話	— —
	医療費・その他諸費用極度額	50万円	※連帯保証人が責任を負い得る金額となります。	

連帯保証人	ふりがな 氏名	印	続柄	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳
	住所	〒 市 町 県 郡 村 番地		
	固定電話	— —	携帯電話	— —
	勤務先		固定電話	— —
	医療費・その他諸費用極度額	50万円	※連帯保証人が責任を負い得る金額となります。	

注意：連帯保証人のうち必ずお一人は、成年者であっても入院患者さんと別に生計を営んでいる方にしてください。