

入院証書

この度入院をお願いするにあたり下記の事項を必ず守り、決して貴院にご迷惑をかけないことを連帯保証人(入院者の代筆者がいる場合は代筆者を含む)と連署の上約束致します。

記

1. 「長野松代総合病院附属若穂病院での診療を希望される患者さんの権利と責任・義務、医療の質・安全性」について 理解し了承します。
2. 療養規律・諸規則などを遵守し、主治医の指示に従わないときには退院を命ぜられても異議は申しません。
3. 入院料の支払いについては、現金、クレジットカードまたはJA・八十二長野銀行の口座振替を利用します。
入院料、その他の諸料金は指定の期間内に支払います。
万一指定の期間内に支払わない場合には速やかに連帯保証人より支払います。
4. 室料差額のある病室に入院した場合には定められた料金を支払います。
5. 別紙、入院のご案内に記載してある、「リスト(ID)バンドを装着すること」「膀胱留置カテーテルにおける長野松代総合病院への搬送依頼」「高齢者に発生する外傷性創傷について」「看護ケアシートの表示について」に同意します。
6. 医療スタッフと協力して治療に積極的に参加します。
7. 感染症に関わる検査など治療上必要な検査を受けることに同意します。
8. 病院敷地内では喫煙・飲酒しません。
9. その他「入院のご案内」を読み、記載してある事項について理解し同意します。

入院月日： 年 月 日

入院科： 内科 整形外科

病 棟： 南病棟 北病棟

部屋番号：

■入院者

■連帯保証人

氏名：

氏名：

生年月日： 年 月 日

生年月日： 年 月 日

住所：

住所：

TEL：

TEL：

※別世帯で独立して生計を営む成年で、支払い能力がある方の連署が必要です。

※連帯保証人が支払いの責任を負う極度額は100万円です。

代筆者：

(入院者との続柄：)

代筆者の理由：

紙おむつ院内購入について

年 月 日

☐ 使用しない(自宅から持ち込む)☐ 紙おむつ購入使用(院内購入) 希望

1. 紙おむつの使用に関するご案内を読み紙おむつ管理・使用について理解し承諾します。

2. 使用料金【1日当たり 400 円(税込み)】は入院費と共に指定の期間内に支払います。

上記内容を理解し、紙おむつの使用を申し込みます。