

入院申込書

私がこの度、貴院に入院するにあたり、入院生活の諸規則、貴院の規律及び治療上の指示を守りますとともに、下記事項について一切貴院に迷惑をかけることを連帯保証人連署の上、誓約致します。

記

1. 入院後の諸規則を守らない場合、又はその他の理由で退院を命じられた場合は、指定の期日までに連帯保証人の責任において退院致します。
2. 自身の身元については連帯保証人が引き受けます。
3. 入院料及びその他の費用は、請求後一週間以内にお支払い致します。
4. 病院内器物を破損、損傷した場合は、実費で負担致します。
5. 秩序を守り、貴院のルールに従い治療に専念します。

【注意事項】

1. 連帯保証人は、独立した世帯主の方をお願い致します。
2. ご入院の間に現金、貴重品等を紛失された場合は、当院では責任を負いかねますのでご了承願います。

ふりがな			現住所	〒	
① 患者氏名	㊟		電話	()	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
			性別	男・女	
② 連帯保証人 (独立した世帯主の方)			現住所	〒	
ふりがな		続柄	自宅電話	()	
氏名	㊟		携帯電話	()	
勤務先名称			勤務先電話	()	
③緊急連絡先		続柄	現住所	〒	
氏名			自宅電話	()	
勤務先名称			携帯電話	()	
			勤務先電話	()	
④緊急連絡先		続柄	現住所	〒	
氏名			自宅電話	()	
勤務先名称			携帯電話	()	
			勤務先電話	()	

事務記入欄 No. _____

病棟 _____

令和	年	月	日	入院	保証金	¥
----	---	---	---	----	-----	---

請求書渡し方 窓口 ・ 相談室 ・ 本人 ・ 上宮園 ・

入院生活のご案内【患者様・ご家族の方へ】

当院では、患者様が安全で心地よい入院生活を送っていただくために、病棟スタッフ一同連携し支援させていただきます。下記事項について確認いただき、□にレ点をお願いいたします。

□ 1. 入院期間について

入院期間については、入院診療計画書をご覧ください。その後は定期的にリハビリカンファレンスを行い、総合計画書を提示いたします。

□ 2. 病室・病棟の移動について

病状の変化や他の患者様の状況により、病棟・病室・ベッドの移動をお願いすることがあります。

□ 3. 他病院（医療機関）への受診について

- ・原則として当院入院中は、他院への受診は認められておりません。
- ・当院以外での専門的診療を希望される場合は必ず主治医にご相談ください。

□ 4. 身体の拘束について

患者様の安全が確保できないと判断した場合（緊急時、やむを得ないとき）には、ご家族へ説明の上、最小限の抑制をさせていただきます。

□ 5. 貴重品及び私物について

- ・盗難や紛失には責任を負いかねますので、貴重品や多額の現金はお持ち込みにならないようお願いいたします。
- ・私物（衣類・タオル類・食食用エプロン・義歯・補聴器等）の紛失や破損等が発生した場合当院では責任を負いかねます。
なお、私物管理が困難な場合には、病衣・タオル・食食用エプロンのリース契約も可能です。
- ・寝具類（毛布・枕・掛け布団等）の持ち込みはできません。ご協力ください。

□ 6. 面会時間について

面会時間は11時～20時までとなります。面会の方は、病棟にて面会簿に記入ください。

□ 7. 外出・外泊について

外出・外泊は医師の許可が必要となります。希望の方は、医師又は看護師へお申し出ください。

□ 8. 食べ物の持ち込みについて

入院中は食べ物の持ち込みはお断りしております。治療のための食事を提供している場合もございますのでご了承ください。

- 9. たばこ・お酒について
 - ・病院敷地内はすべて禁煙となっております。たばこ・ライターの持ち込みはできません。
 - ・入院期間中の飲酒は禁止です。外出・外泊の際についても禁止です。
- 10. オムツをご利用の方へ

当院では患者様の状態に応じて、紙おむつ・リハビリパンツ・尿取りパッドを使用しています。
- 11. 書類の依頼について

診断書や入院証明書等の書類は、事務所受付に提出してください。
- 12. 携帯電話について

携帯電話の使用は所定の場所がございます。看護師にお尋ねください。
- 13. 床屋について

床屋の出張サービスがございます。ご希望の方は売店にてお申し込みください。
月3回、火曜日 カット：1750円 顔そり：350円 日程等詳細は売店までお問い合わせください
- 14. 歯科受診について

当院では歯科受診が可能です。ご希望の方は看護師にお尋ねください。

- 15. 入院生活について
 - ・入浴は週2回（ 曜日、 曜日）です。
 - ・リハビリテーションのスケジュールは個人によって異なりますので、別途ご案内いたします。

6：00	起床・洗面	13：00～16：00	リハビリテーション
7：00～8：00	朝食	17：30～18：30	夕食
9：00～11：00	リハビリテーション	20:00	面会時間終了
11：30～12：30	昼食	21:00	消灯・就寝

- 16. テレビの使用について（売店にて契約をされている患者様となります。 7000円/1か月 ）

使用許可時間 6：00～21：00 ※使用時は必ずイヤホンを使用ください。

- 17. その他

入院中、他の患者様や病棟スタッフに対しての暴力行為、迷惑行為等があった場合は、退院していただく場合がございます。ご不明な点や、お困りのことがございましたら、遠慮なく病棟責任者またはスタッフまでお声掛けください。

上記について、同意いたします。

氏名 _____ 印 _____ 年 _____ 月 _____ 日

清瀬リハビリテーション病院 院長 山岸 稔

歯科アンケート

病棟名： _____ ふりがな
患者様氏名 _____ 様

1. 歯科検診を希望しますか（無料） はい ・ いいえ
2. 歯科治療を希望しますか（有料） はい ・ いいえ

「はい」と答えた方は、希望される治療にチェックをしてください

- 虫歯の治療 歯石除去および口腔内清掃
- 入れ歯の調整、修理 新しい入れ歯の作成

※義歯作成参考費用 保険診療 上下で5,000円～20,000円程度
自費作成の場合の金額は、歯科までお問い合わせください。

☆歯科診療は、ご家族並びに担当医と相談の上進めさせていただきます。

治療の方針について、ご家族に連絡を取らせていただく場合がありますので、
連絡先を下記に記入ください。目的以外には使用しません。

氏名： _____	(続柄： _____)
住所： _____	
電話番号： _____	
※希望の連絡時間 _____	

◎その他、ご希望、ご質問は歯科までお願いいたします。

清瀬リハビリテーション病院 042-493-6111