

# 入院申込書兼誓約書

松戸リハビリテーション病院 病院長 殿

私 \_\_\_\_\_ は、この度、貴院に入院するに当たり下記の順守事項を遵守することを誓約し、連帯保証人と連署の上本書を差し入れます。

上記制約に違反した場合は、貴院より退院を命ぜられても異議は申しません。

## 記

### 【遵守事項】

- 貴院の諸規則及び職員の指示を遵守します。
- 患者負担の診療費等については、貴院の指示があり次第、遅滞なく支払います。  
万一遅滞の場合は連帯保証人が極度額30万円の範囲で本人と連帯して支払いの責任を負います。
- 貴院の患者、医師、職員に対する暴力行為、脅迫、恐喝、セクシャルハラスメント、迷惑行為等は一切しません。
- 貴院内における飲酒および貴院への酒の持込みは致しません。
- 貴院の敷地内・貴院内部での喫煙は致しません。
- ペットの持込みは致しません。
- 貴院の敷地内・貴院内部での、宗教活動や政治活動は一切致しません。
- 外出・外泊をする際は、事前に貴院の許可を取得します。無断外出・外泊は致しません。
- 退院の指示があった場合は、必ず期日までに退院致します。退院先の確保が困難である等の事情のある場合は、連帯保証人が本人を引き取ります。

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名	印	男・女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
現住所	〒 _____		
	電話番号		
緊急連絡先	氏名	続柄 ( )	
	電話番号		

### 連帯保証人

ふりがな		性別	患者本人との関係
氏名	印	男・女	
現住所	〒 _____		極度額
	電話番号		30万円(月額)

※連帯保証人は、患者が負担する入院料その他の費用について、極度額の範囲内で保証する。

※連帯保証人は、独立の生計を営む成年者であること。

平成31年2月1日 作成

令和6年4月1日 改定

一般社団法人 巨樹の会 松戸リハビリテーション病院

# 情報シート

大正 昭和

患者氏名

平成 令和

年

月

日

歳

住所

電話番号

※この情報シートは病気の治療や看護上大切な事柄ですので空白のないようにご記入をお願いします。

## ◆緊急時の連絡先◆

	氏名	続柄	日中の連絡先	夜間の連絡先
①			電話	電話
			住所	
②			電話	電話
			住所	

## ■入院される方の既往歴について、○をつけ詳細を記入してください。

心臓病 ( 歳 )      高血圧 ( 歳 )  
脳卒中 ( 歳 )      糖尿病 ( 歳 )  
腎疾患 ( 歳 )      手術歴 ( 歳 )  
悪性腫瘍 ( 歳 )  
その他 ( 歳 )

## ■入院前の日常生活についてお伺いします。(○で囲んでください)

食事 : 一人で食べる      一部を介助      全部を介助  
入浴 : 一人で入る      一部を介助      全部を介助      介護サービス等を利用している  
着替え : 一人でできる      一部を介助      全部を介助  
排泄形態 : 一人でできる      一部を介助      全部を介助  
オムツの使用 : 有 ・ 無 (パンツタイプ      テープタイプ)      尿器の使用 : 有 ・ 無  
排尿回数 1日      回位 (夜間      回)  
排便回数 1日      回位  
下剤の使用      有 ・ 無 / 薬の名前 (      ) 時々使用 ・ 毎日使用  
睡眠状況 : 良眠 ・ 不眠  
薬の使用      有 ・ 無 / 薬の名前 (      ) 時々使用 ・ 毎日使用

## ■嗜好品についてお伺いします。(○で囲んでください)

お酒 : 飲む 種類 (      )      1日に      杯位  
飲まない (禁酒中の方はいつから?      )  
煙草 : 吸う      歳頃から      1日      本位  
吸わない (禁煙中の方はいつから?      )

## ■補助具の使用について、使用中のものはありますか?(○で囲んでください)

いいえ ・ はい : 眼鏡      コンタクトレンズ      入れ歯 (部分      総義歯)      補聴器 (右      左)      車いす      杖      歩行器  
その他 (      )

■アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい : 薬品 食品 ( )  
 その他 ( )

■入院される方の性格を教えてください。 ( )

■入院される方の趣味を教えてください。 ( )

■信仰している宗教がありましたらご記入ください。 有 : ( ) ・ 無

■女性の方にお伺いします。生理は順調ですか？

順調 (最終月経 月 日 ~ 日間) ・ 不調 ・ 閉経 ( 歳)

■ご家族や身内の方についてお伺いします。

家族構成と病気療養について (両親・配偶者・子・兄妹を含む) わかる範囲で○または記入してください。

続柄	氏名	性別	年齢	世帯	既往歴など					健在 または死亡	
					心臓病	高血圧	脳卒中	糖尿病	その他		無
両親				同・別							健・死亡
				同・別							健・死亡
配偶者				同・別							健・死亡
				同・別							健・死亡
子				同・別							健・死亡
				同・別							健・死亡
兄妹				同・別							健・死亡
				同・別							健・死亡
				同・別							健・死亡
				同・別							健・死亡

■当院へ転院する際、病気や怪我についてどのような説明を受けましたか？

■今一番つらい症状をお聞かせください。(例: 疲れやすい、手が動かない、話ができない など)

■当院入院に際し、ご心配やお気づきのこと、希望などがありましたらご自由にお書きください。

確認者サイン ( )