

入院申込書及び誓約書

令和 年 月 日

石川県済生会金沢病院長 殿

1. 入院にあたり貴院の諸規則、指示事項及び入院生活のしおりの内容を遵守することを約束し、連帯保証人と連署のうえ入院を申し込みます。
2. 入院治療に関する費用や裏面に記載の療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて、請求書を受領した後に速やかに支払います。
3. 本人の身元については連帯保証人において一切引き受けます。
4. 入院治療に関する費用は入院者と連帯保証人において連帯して、極度額 20 万円の範囲内で、その支払いの責任を負います。
5. 別紙「患者さんの個人情報の保護について」を確認し、定められた範囲内で個人情報を利用することに同意いたします。

入院年月日		令和 年 月 日	※太線の枠内をご記入ください。	
入院者	ふりがな		大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 歳	男・女
	氏名(自署)			
	現住所	〒 — 電話 () 携帯 ()		
申込者	ふりがな		大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 歳	男・女
	氏名(自署)			
	現住所	〒 — 電話 () 携帯 ()	患者との関係	

(注) 入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。

連帯保証人	ふりがな		大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 歳	男・女
	氏名(自署)			
	現住所	〒 — 電話 () 携帯 ()	患者との関係	

(注) 連帯保証人は成年者であって申込者とは別に生計を営んでいる方をお願いします。

- 土、日、祝日又は病院の都合より退院当日に請求書をお渡し出来ない場合や入院費用定期請求の郵送先として必要となりますので、以下の郵送先をチェックしてください。

郵送先	☐ 入院者 ☐ 申込者 ☐ 連帯保証人 ☐ その他の場合(下記に記載)			
	その他	氏名		電話番号 ()
		現住所	〒 —	

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。
なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。

○保険外併用療養費

種 類	金額(円) 税込
紹介状をお持ちでない方の初診	2,200
同一の傷病で180日を超える入院1日につき	2,730

○保険外負担

予 防 接 種 名	金額(円)税込
インフルエンザ	4,450
(二種混合)麻疹、風疹	7,990
風疹	4,250
水痘	6,230
おたふく	4,160
破傷風	2,230
A型肝炎ワクチン	5,630
HB型肝炎ワクチン	3,890
肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)	8,010
肺炎球菌ワクチン(プレベナー)	9,530
带状疱疹	19,760

○保険外負担

各 種 文 書 名	金額(円) 税込
【各種診断書】	
診断書(当院書式)	1,650
診断書(他の書式)	3,300
各種年金等の障害認定診断書	5,500
就職・入学時の健康診断書	1,650
難病認定用診断書(特定疾患)申請	3,300
難病認定用診断書(特定疾患)更新	1,650
身体障害者診断書(申請用)	3,300
身体障害者診断書(更新用)	3,300
死亡診断書(当院書式)	3,300
死亡診断書(他の書式)	5,500
死体検案書	5,500
生命保険関係診断書	3,300
【交通事故関係】	
警察用診断書	3,300
自賠責及び任意保険診断書	5,500
自賠責診療情報明細書	2,200
自賠責後遺障害診断書	5,500
減免自動車に係る現況報告書	1,100
【その他文書】	
支払証明書(当院書式)	1,650
入院・通院証明書(当院書式)	5,500
おむつ使用証明書	1,650

各 種 品 名	金額(円)税込
寝間着	1セット 1,210
スリッパ	1セット 220
切手代	1枚 84
紙コピー代	1枚 10
フィルムコピー代	1枚 770
フィルムコピー代(CD)	1枚 550
ニコチネル TTS30	6,070
ニコチネル TTS20	5,670
ニコチネル TTS10	5,380
床頭台付属品(テレビ・冷蔵庫等)	1日つき 495
カードキー	265
診察券(再発行)	220
家族控室使用料	1泊 1,100
セカンドオペニオン 基本料金	原則30分迄 11,000
セカンドオペニオン 延長料金	延長30分毎 5,500
死後処置料	8,800
診療情報開示手数料	2,200
診療情報開示記録(紙)	1ページ 10
交通費 病院から最初の10kmまで	片道 200
以後10km毎に	片道 100

ID: _____

No. _____

床頭台付属品(テレビ・冷蔵庫・Wi-Fi)利用のご案内

当院では、入院中の生活に便利な設備として「床頭台」が各病室に無償で備え付けられております。また床頭台に設置してある「テレビ・冷蔵庫」、「Wi-Fi」については、別途下記の料金(有償)で、ご利用が可能となります。

【 利 用 料 金 】 1 日 495円(税込)

上記設備について利用される場合は、ご利用内容と注意事項を確認していただき、下記に必要事項を記入のうえ病棟看護師に申し出ください。

【 ご利用と注意事項について 】

- 1) お申し込みの確認が出来ましたら、床頭台備え付けのテレビ・冷蔵庫・Wi-Fi の利用が可能となります。
(Wi-Fi の利用方法は、裏面“Wi-Fi サービスのご利用について”をご参照ください。)
- 2) お申込期間中は、定額方式のためご利用に制限はありませんが、使用しない日(例えば外泊した日等)があっても1日につき料金が発生します。(1日の計算方法は午前0時を起点に計算します。)
* 入院時申込みを行い、1泊2日ご利用された場合は2日分で計算いたします。
- 3) ご利用の解約の申し出が無い限り、退院当日までご利用料金を計算し請求させていただきます。(ご利用の解約をされる場合は、病棟看護師までお申し出下さい。)
- 4) 大部屋では必ずイヤホンをご利用下さい。
- 5) 省エネにご協力いただき、利用しないときはテレビの電源はお切り下さい。
- 6) ご利用料金は退院時または、月末締め診療費と併せて請求させていただきます。

床頭台付属品(テレビ・冷蔵庫・Wi-Fi)利用に関する同意書

石川県済生会金沢病院 院長殿

私は、上記の内容を理解し、以下のとおり申込みします。(申込者代筆可)

開始日: _____ 年 月 日

氏名 _____ (代筆時: 申込者氏名 _____)

(* 停止時記載) 停止日: _____ 年 月 日

氏名 _____ (代筆時: 申込者氏名 _____)



Wi-Fiサービスのご利用について

このサービスは、床頭台付属品サービスを利用する入院患者さん及び患者ご家族さま向けのもので、利用規約に同意の上、ご自身の責任においてご利用いただきますようお願い申し上げます。

(ご利用方法)

SSID(接続先): saiseikai-WiFi

パスワード: テレビの病院案内にてご案内しております。

チャンネル1ch をご覧ください。(2023 年 4 月 3 日より公開)

(ご利用にあたって)

- (1) 利用者は、既定の利用規約に同意してご利用ください。
- (2) 無線ネットワークを利用した者は、この規約に同意したものとみなします。
- (3) 病院では、設定等、技術的な質問についての問い合わせを一切受け付けいたしません。
- (4) 無線ネットワークへ接続する通信端末のセキュリティ対策は利用者が行うものとします。
- (5) 無線ネットワークについて、常に安定した接続環境を保障するものではありません。
- (6) その他、詳細な内容につきまして石川県済生会金沢病院 Wi-Fi サービス利用規約を必ずご確認ください。

石川県済生会金沢病院 Wi-Fi サービス利用規約

https://saiseikaikanazawa.jp/wp/wp-content/uploads/saiseikai_wifirule.pdf



ID: _____

スキャンなし
原本保管 03

電話取次ぎや面会者案内に関する意思確認書

入院中の電話の取次ぎ及び入院の照会、面会のための病院案内の問い合わせについて、下記に記した対応をお願いいたします。

・ 全て案内して下さい。

・ 一切案内しないで下さい。

(どちらかを○で囲んでください)

令和 年 月 日

ふりがな
氏 名 (自署) _____

十八歳未満の患者さん及びご自身で署名できない方
代理人もしくは後見人記入欄

氏 名 (自署) _____

患者さん氏名 _____

患者さんとの関係 _____

病院記入欄 病室 _____

(R2.12)

入院される患者・ご家族様へ

入院する際に必要な情報を教えてください。
下記の欄にご記入をお願い致します。

患者入院時情報提供用紙

記入日

年

月

日

ID番号 ()

フリガナ		病室前に、お名前の表示を してもよいですか		はい	いいえ	
患者氏名	様	食物アレルギー あり() なし	その他のアレルギー ()			
		薬剤アレルギー あり() なし				
連絡先：本人自宅電話番号() 本人携帯番号()						
連絡先	氏名		続柄	同居・別居	電話番号（自宅・携帯）	連絡できる時間帯
	①			同・別		
	②			同・別		
	③			同・別		
入院に至った症状や病気の理解について、下記にお書きください						
診断名			症状			
入院となった経過						
医師からどのように説明を受けましたか						
今までに病気や手術をしたことがありましたら、下記にお書き下さい						
既往歴	何歳頃	病 名	手術の有無	現在の薬や治療	治療を受けた病院・内容	
			無・有	内服中・治療中		
			無・有	内服中・治療中		
			無・有	内服中・治療中		
			無・有	内服中・治療中		
かかりつけ医				他院のお薬	持参あり ・ 持参なし	
キーパーソン：(頼りにしている人 入院中に協力して洗濯を手伝ってくれるなど)					ドナーカード	
名 前：			続 柄：		無 ・ 有	
要介護認定の有無		要支援（ 1 ・ 2 ）・要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）・ 無 ・ 申請中				
介護支援相談員		事業所		担当者		
受けているサービス		デイサービス ・ ショートステイ ・ 訪問診療 ・ 訪問看護 訪問介護（ヘルパー）・ 訪問入浴 ・ 配食サービス ・ 福祉用具貸与 その他（ ）				
入院時に持参した貴重品に○を付けてください						
眼鏡 ・ 補聴器 ・ 義歯(総上下・部分上下) ・ その他（ ）						

裏面もあります

あてはまる項目に○、もしくは質問にお答え下さい						
喫煙：	無・有	本／日	歳から	歳まで	年間	
飲酒：	無・有	回／週	種類：	一回量：		
排泄：	尿回数：	回／日	夜間：	回		
	便回数：	回／	日	下剤の使用状況：	□なし □あり（	
	排泄行動：	自立 介助が必要（ ）				
	おむつの使用 無・有（種類 ）					
認知機能：	過去の入院でせん妄症状の経験はありますか？				無・有	
	物忘れや認知症症状のために日常生活に支障がありますか？				無・有	
	支障がある内容をお答えください					
家族構成を教えてください（□にチェックをつけ、同居の方を○で囲んでください）						
☐ 父 ☐ 母 ☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 長男 ☐ 次男 ☐ 三男 ☐ 長女 ☐ 次女 ☐ 三女 ☐ 兄 ☐ 弟 ☐ 姉 ☐ 妹 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 孫 ☐ その他（ ） ☐ 県外在住のご家族（ ）						

お薬に関する問診票



患者 ID【

】医療機関記入欄

記入日（令和 年 月 日）

入院中、安全に薬物治療を行うために、事前にお伺いしています。よろしくお願いします。

患者氏名

【記入者：本人 ・ 家族（続柄： ） ・ その他（ ）】

※①～⑥の質問に対して、該当項目に ☒ してください。

他院受診	①現在、他の医療機関からお薬が処方されていますか？ ☐ なし ☐ あり → 医療機関名・薬剤名を記入してください。 （お薬の現物・お薬手帳等提示下されば記入を省略して結構です。入院当日ご持参ください）
休 薬	②今回の入院にあたって、中止するよう指示されたお薬はありますか？ ☐ なし ☐ あり → 薬剤名（複数あればすべて）を記入してください。 を 月 日から中止している 例）ワーファリン（薬剤名）を〇月△日から中止している
副作用	③お薬を飲んだ後や注射を受けた後に具合が悪くなった経験はありますか？ ☐ なし ☐ あり → 原因薬剤・症状を具体的に記入してください。
市販薬 健康食品	④市販薬や健康食品など、現在使用しているものはありますか？ ☐ なし ☐ あり → 商品名を記入してください。
服 薬	⑤お薬を飲むにあたって、不都合なことは何かありますか？ ☐ なし ☐ あり → 該当項目に ☒ してください。 ☐ 手が不自由で自分で取り出せない ☐ お薬の袋の文字が見えにくい ☐ お薬が飲みこみにくい ☐ 体を自分で起こすことが困難 ☐ お薬の飲む時間や数が分からなくなって薬の数がずれてくる ☐ その他（ ）
管理者	⑥入院前は、誰がお薬の管理をしていましたか？ ☐ 自分で管理 ☐ 別の人が管理 →管理者： 家族 ・ 施設のスタッフ ・ その他（ ）

その他、お薬に関して気になることがありましたら、記入してください。

