

入院申込書

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。*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、裏面に記載してあります。

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

入院についての自己申告のお願い

これまでの入院について正しく申告されないと、保険の入院料の一部が自己負担になることがありますので、必ずご記入ください。

1. あなたは、この3ヶ月以内に入院したことはありますか？ [はい ・ いいえ] → 【はい】の方は次の問いにもお答えください。 ※前回の入院先での「退院証明書」をお持ちの方はナースセンターにご提出ください。 なお、提出された方は、以下の記入は不要です。			
2. 前回の入院先の病院名		電話番号	()
3. 前回の入院期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
4. 入院の理由となった主たる病名			

入院保証書

1. 貴院の諸規定及び入院生活のしおりの各事項に違反することのないように致します。
2. 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。
3. 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。

連帯保証人	ふりがな 氏名 (自署)		患者との関係	
	現住所	〒 電話 () 携帯 ()		

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
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: _____

03 原本要

石川県済生会金沢病院
病院長 殿

個人情報保護に関する同意書

私は、貴院の個人情報保護に関する指針に同意いたします。

令和 年 月 日

住 所

ふりがな
氏 名

印

十八歳未満の患者さん及び
ご自身で署名できない方

患者さん
氏 名

住 所

氏 名

患者さんとの関係

印

ID: _____

スキャンなし
原本保管のみ

石川県済生会金沢病院
病院長 殿

電話取次ぎや面会者案内に関する意思確認書

院外から私へ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、以下の方法を選びますので、下記に○を記した対応をお願いいたします。

尚、病室前にお名前の表示をご希望される方は、看護師までお申し出下さい。

- ・ 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

住 所 _____

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

住 所 _____

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。

記入日 年 月 日

患者入院時情報提供用紙

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		

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	

かかりつけ医

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()

入院に際して心配なこと、病棟スタッフに伝えたいことをお書き下さい。

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。よろしくお願ひします。

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	<p>①現在、他の医療機関からお薬が処方されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 医療機関名・薬剤名を記入してください。</p> <p>（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。入院当日持参ください）</p>
休薬	<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 薬剤名（複数あればすべて）を記入してください。</p> <p>を 月 日から中止している</p> <p>例）ワーファリン（薬剤名）を〇月△日から中止している</p>
副作用	<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 原因薬剤・症状を具体的に記入してください。</p>
市販薬 健康食品	<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 商品名を記入してください。</p>
服薬	<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 手が不自由で自分で取り出せない<input type="checkbox"/> お薬の袋の文字が見えにくい<input type="checkbox"/> お薬が飲みこみにくい<input type="checkbox"/> 体を自分で起こすことが困難<input type="checkbox"/> 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<input type="checkbox"/> その他（ ）
管理者	<p>⑥入院前は、誰がお薬の管理をしていましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で管理 <input type="checkbox"/> 別の人が管理</p> <p>→管理者：家族・施設のスタッフ・その他（ ）</p>

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。

