

# 入院誓約書

公益財団法人復康会 沼津リハビリテーション病院  
院長 殿

この度、沼津リハビリテーション病院への入院に際し、入院患者及び身元引受人は下記の事項を誠実に守ることを誓約します。

## 記

1. 入院中は、病院で定めた事項及び病院長・病院職員の指示に従い、治療と療養に専念します。
2. 入院中の外出・外泊・他医療機関の受診は、必ず病院の許可のもとに行います。
3. 入院中に係る医療費、食事療養費、その他経費は全て病院の請求に従い、指定された期日までに遅滞無く支払います。また、院内売店にて伝票によりご購入しました物品並びにサービスの代金は、当院に医療費と共に支払います。
4. 病院の設備・備品類の使用にあたって丁寧に扱い、故意または過失により破損した場合はその実費を負担します。
5. 下欄の身元引受人の記載事項に変更があった場合は速やかに届け出ます。
6. オンライン資格確認による限度額適用認定証情報、限度額適用・標準負担額減額認定証情報の取得・適用に同意します。
7. 医療費以外の保険外(自費)負担の料金について、別紙入院案内のとおり、その使用量、利用回数に応じた金額を、実費負担することに同意します。

※ 太枠線内にご記入ください。

※ 太枠線内にご記入ください。				年	月	日
① 入院患者	氏名	Ⓜ	生年月日	年	月	日 ( 歳 )
	住所			電話番号		

② 身元引受人	氏名	Ⓜ	生年月日	年	月	日 ( 歳 )
	住所			電話番号		
	勤務先	TEL				

## ❖食物アレルギーに関して

年 月 日

患者氏名: \_\_\_\_\_

現在、食物アレルギーがありますか  ある  ない

❖食物アレルギーが【ある】方は、以下の質問にお答えください

❖食物アレルギーにより除去しなければならない食品に○をつけてください

❖原材料に含まれる加工食品も除去したい場合は、その他の欄にご記入ください

❖○のついていない食品は食事に含まれてきますので、ご了承ください

乳製品	牛乳・ヨーグルト・チーズ・生クリーム・アイスクリーム・乳酸菌飲料 洋生菓子・ホワイトソース・クリームシチューのルー・バター・パン・パン粉 その他【 _____ 】
卵	鶏卵・その他の卵・マヨネーズ・はむ・ウインナー・かまぼこ・ちくわ はんぺん・ラーメン・ピカタ・鶏卵を付けた揚げ物 その他【 _____ 】
大豆	大豆・黄大豆・黒大豆・豆腐・油揚げ・がんもどき・シーチキン・おから あずき・枝豆・もやし・納豆 その他【 _____ 】
小麦	パン・うどん・そうめん・ラーメン・マカロニ・しゅうまい・餃子・春巻き グラタン・パン粉・麩・カレールー・クリームシチューのルー・ケーキ クリームスープ その他【 _____ 】
そば	そば・そば粉・その他【 _____ 】

❖その他のアレルギー

--

❖魚のアレルギーがある方は、以下の質問にお答えください

①当院では、だしは顆粒だしを使用しています。原材料に かつおが含まれますが大丈夫ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②かつおぶしは、かつおのみを使用していますが、 大丈夫ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③めんつゆの原材料にさばぶし、煮干し、かつおが含まれますが 大丈夫ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

❖以下は、当院で使用している魚介類の一覧です。アレルギーが出るものすべてに○をつけてください

鰯(アジ)	メカジキ	黒カレイ	鮭	さば	あさり	いわし
いとより鯛	からすカレイ	黒メバル	サーモン	赤魚	はまぐり	キス
金目鯛	さわら	さんま	ホタテ	たら	ぶり	まぐろ
茹でシラス	すずき	太刀魚	たこ	えび	かに	いか
くらげ	かまぼこ	はんぺん	黒はんぺん		ちくわ	ツナ缶
さつまあげ	魚肉ソーセージ	ちりめんじゃこ	辛子明太子		たらこ	桜えび
かに風味かまぼこ						

## ◆生活情報に関して

ふりがな				性別	生年月日
患者氏名				男・女	年 月 日
患者住所	〒			電話番号	
同居家族氏名	続柄	年齢	職業	健康状態	電話番号
				良・	
				良・	
				良・	
				良・	
同居ではないが関係者	続柄	年齢	職業	住所・電話番号	
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請済み【 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 】 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> あり 事業所名: _____ <input type="checkbox"/> なし				
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる 担当者名: _____ 様 <input type="checkbox"/> いない				
家屋状況	家屋	<input type="checkbox"/> 持ち家【築 年】 <input type="checkbox"/> 賃貸【 階】【エレベーター: あり なし】			
	寝室	【 階】和室/洋室	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式	
	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド【普通 介護用】	改修	<input type="checkbox"/> 済み【 _____ 】	
	浴室	<input type="checkbox"/> 据え置き <input type="checkbox"/> 埋め込み <input type="checkbox"/> 半埋め込み【シャワー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	玄関段差	上がり框【 _____ cm】 玄関段差 <input type="checkbox"/> あり【 _____ cm】 <input type="checkbox"/> なし			

### ◆当院(沼津リハビリテーション病院)からの退院先として、どのような場所をお考えですか？

<input type="checkbox"/> 自宅に帰る <input type="checkbox"/> 本人の状態によっては【 自宅・施設 】に帰る <input type="checkbox"/> 具体的に施設を【 考えている・申し込んでいる 】施設名: _____
---

### ◆入院前の状況について教えてください

歩行		睡眠	
トイレ		服薬管理	
食事		金銭管理	
認知		介護サービス	
性格		学歴	
趣味 趣向			

以下、内容の確認をしていただき、記入(レ点チェック)と署名をお願いいたします

## 1. 採血および感染症検査に関して

患者様の血液による汚染事故(血液のついた注射針による針刺し事故、血液のついたプラスチック片または器具による手のけが等)が、当院の医療従事者に発生した場合、職員へのウイルス感染予防のため、患者様の血液検査(ウイルス検査)を行わせていただきます。

※検査の費用につきましては、当院で負担させていただきます。

【検査項目】HBs抗原：B型肝炎ウイルスの検査

HCV抗体：C型肝炎ウイルスの検査

HIV抗体：後天性免疫不全症ウイルスの検査

採血・検査を受けることに同意します

## 2. 電気製品の持ち込みに関して

持込み可能な電気製品は以下の通りです。

- 携帯電話(充電器含む) ●DVDプレイヤー ●CDプレイヤー ●電気シェーバー(充電器含む)
- ポータブルゲーム機 ●ノートパソコン ●タブレット、iPad

電気製品持込みに関する当院の基本方針は以下の通りとなっております。

- ①携帯電話による通話は、一部限定区域のみとします
- ②音が出るものについては、必ずイヤホン等で音が漏れないよう、ご使用ください
- ③診療上の理由等で、電気製品の使用を中止させていただく場合があります
- ④持込み対象機器の判断が不明な場合は、病棟スタッフへお尋ねください
- ⑤使用する電気製品の破損、盗難等に関して、当院は一切の責任を負いません

電気製品の持ち込みについて理解しました

上記の内容を理解し、同意します

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

入院患者氏名：\_\_\_\_\_

同意者氏名：\_\_\_\_\_

患者との続柄

(患者氏名と同じ場合は記載不要)

沼津リハビリテーション病院

院長 長友秀樹