登録番号

氏名

生年月日

性別

診療申込書（入院・外来）

申込年月日　　年　　月　　日　　（ID：　　）

受診者名	フリガナ	性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　（　　）歳		
住所	フリガナ 〒 都・道・府・県　　区・市・郡		
電話番号	（　　）　　―		
連絡先	フリガナ 氏名 住所 電話番号　（　　）　　―		

※医療機関記載欄

外来登録区分	初診	変更
（紹介状）	有　・　無	
入院区分	外来より	他施設紹介
	他院紹介	患者(家族)紹介
（紹介状）	有　・　無	

初台リハビリテーション病院

入院時提出

初台リハビリテーション病院　院長　殿

入　院　誓　約　書

私は入院にあたり、連帯保証人と共に、下記事項に誓約いたします。

記

※確認後、□欄にチェックをお願いいたします。

1. 入院中は、病院の規則を守り、診療上の指示に従います。 □
2. 診療費、その他の諸料金は本人または連帯保証人が遅滞なく支払います。 □
3. 本人の身元につきましては、申込者または連帯保証人が一切を引き受けます。 □
4. 退院・転院につきましては、主治医の指示に従います。 □
5. 上記に反した場合や、飲酒・喫煙、セクシャル・ハラスメントや暴言・暴力行為等、貴院や他の入院患者さま等に迷惑をかける行為を行い、退院を命ぜられた場合は、速やかに従います。 □
6. 故意または過失により貴院の施設・備品等に損害を与えた場合には、連帯保証人と連帯して弁償します。 □
7. 貴重品などの持込品は自分で管理し、万一、盗難や紛失などがあっても貴院に迷惑をかけません。 □

入院年月日　西暦　　年　　月　　日

入院者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		男・女	生年月日	大・昭・平・令
	氏名　㊞			年　月　日生　（　歳）	
	住所	〒		電話　（　） 携帯　（　）	

申込者	ﾌﾘｶﾞﾅ	入院者との続柄	生年月日	大・昭・平・令
	氏名　㊞		年　月　日生　（　歳）	
	住所	〒	電話　（　） 携帯　（　）	

当院では入院に際して下記要件を満たす連帯保証人を立てていただく必要があります。
極度額は、① 1,000,000円 ② 3,000,000円 ③ 5,000,000円 とします。
※極度額　連帯保証人が支払いの責任を負う上限金額（入院ごと）
（①多床室　②701・716・801・816号室以外の個室　③701・716・801・816号室の個室）

■連帯保証人の要件

1. 連帯保証人が入院医療費の極度額を理解していること。
2. 連帯保証人が入院費の内容、支払予定額を理解していること。
3. 連帯保証人が明確に連帯保証する意向であること。
4. 連帯保証人本人が署名すること。
5. 連帯保証人は、**入院者および申込者と別所帯で独立の生計を営む成年者**で支払い能力があること。

入院時提出

初台リハビリテーション病院　院長　殿

連帯保証人引き受け承諾書

連帯保証人は、入院者および申込者と別生計を営む成年者でお願いいたします

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿氏の西暦　　年　　月　　日から入院予定の入院医療費について
私（連帯保証人）は、万一、指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。
なお、極度額 ① 1,000,000円　② 3,000,000円　③ 5,000,000円について同意いたします。
極度額を超えて治療が必要になった際は、入院誓約書を改定して新たな極度額について協議をすることに合意します。
※極度額　連帯保証人が支払いの責任を負う上限金額（入院ごと）
（①多床室　②701・716・801・816号室以外の個室　③701・716・801・816号室の個室）

記入日　西暦　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		入院者との続柄	男・女	生年月日	大・昭・平・令
氏名　㊞				年　月　日生（　歳）	
住所	〒				
電話	自宅　（　）		携帯　（　）		
勤務先	名称		電話　（　）		
	所在地　〒				

連帯保証人欄は自署にてご記入ください。

個室入院時提出

初台リハビリテーション病院　院長　殿

特別療養環境室（差額ベッド）入室申込書　兼　入院保証金同意書

私は貴院に入院するにあたり、より良好な入院環境を希望しますので、その設備、料金に関する説明を受けた上で下記に記載する特別療養環境室に入室することを希望いたします。

お部屋番号		差額ベッド料金（室料1日分）		保証金（室料×15日分）
		税込料金	税抜料金	税込料金
	306～311・406～411・506～508	34,100円	(31,000円)	511,500円
	702～715	48,400円	(44,000円)	726,000円
	716	66,000円	(60,000円)	990,000円
	701	88,000円	(80,000円)	1,320,000円
	802～815	60,500円	(55,000円)	907,500円
	816	77,000円	(70,000円)	1,155,000円
	801	110,000円	(100,000円)	1,650,000円

※該当するお部屋番号・差額ベッド料金の欄にチェックをお願いいたします。

適用日　　西暦　　年　　月　　日

入院者氏名	

申込者（料金支払者）

住　所	
氏　名	
入院者との続柄	
電　話	

当該入院に際し入院保証金として、室料差額の15日分を入院当日までに支払うことに同意いたします。
退院時または多床室へ転床した際の保証金返金については下記の口座を希望いたします。

銀行口座（保証金返金）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	銀行 信用金庫　　支店	
	口座番号	預金種別 普通　・　当座
	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	口座名義	

医療機関側説明者（説明を行った年月日：西暦　　年　　月　　日）

氏　名	

入院時提出

初台リハビリテーション病院　院長　殿

医療安全対策に係る患者認証カードについての同意書

私は、貴院への入院時、医療安全対策として貴院が採用する「患者認証カード」の作成の為の写真撮影を行い、その写真を使用することに同意いたします。
なおカードは、入院中病院内にて、検査・食事提供等における患者誤認防止に使用するものとし、退院時には貴院にて責任を持って破棄していただきます。

申込日　西暦　　年　　月　　日

申込者

入院者氏名	
申込者氏名 ※入院者ご本人が記載される場合は記入の必要はありません	入院者との続柄：

医療機関側説明者（説明を行った年月日：西暦　　年　　月　　日）

氏　名	

入院時提出

ＭＲＩ検査を受ける方へ

当院では入院時に頭部や脊椎などのMRI検査を、大部分の患者様に対して実施しています。
MRI検査は磁気を使った検査で、金属や電気製品、体内に埋め込まれた医療機器などによっては入室制限や持込み制限があります。また、検査内容によってはお薬を使用する場合もあります。
検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。
なお、不明な点がありましたら、空欄にして次の質問にお進みください。後ほど職員が確認いたします。

患者氏名		記載者氏名		記載日	

・歯科用インプラント（磁石式・固定式）	□無	□有	（有りの場合　　年前）
・入れ歯　（ただし外せない歯は除く）	□無	□有	
・義眼・義手・義足など	□無	□有	
・補聴器	□無	□有	
・貼り薬	□無	□有	
・心臓ペースメーカー・人工弁	□無	□有	（有りの場合　　年前）
・脳動脈瘤クリップ	□無	□有	（有りの場合　　年前）
・可変バルブ付きシャント	□無	□有	（有りの場合　　年前）
・人工関節などの体内金属	□無	□有	（有りの場合　　年前）
・人工内耳などの人工臓器	□無	□有	（有りの場合　　年前）
・その他の手術経験			
その他手術経験有りとお答えの方は何年前のどんな手術ですか	（　　）		（　　年前）
・てんかん	□無	□有	
・アレルギー	□無	□有	
・喘息	□無	□有	
・不整脈	□無	□有	
・腎機能障害	□無	□有	
・刺青（アートメイク含む）	□無	□有	
・閉所恐怖症	□無	□有	
・妊娠の可能性	□無	□有	
・コンタクトレンズ	□無	□有	
・遠赤外線素材の着衣	□無	□有	
・磁石式カテーテルキャップ（DIBキャップなど）	□無	□有	※スタッフ確認項目

入院時問診表

入院時提出

患者氏名

記載者　　続柄

緊急時の連絡先　※必ず連絡の取れる番号を優先順位順に記載して下さい。

①氏名　続柄　携帯電話　職場等の連絡先

②氏名　続柄　携帯電話　職場等の連絡先

③氏名　続柄　携帯電話　職場等の連絡先

わかる範囲で構いませんので
ご記入をお願いします。

1. 発症・受傷前の生活について教えて下さい。

アレルギーの有無		□無　□有				
視力	右	□見える　□見えにくい　□見えない				
	左	□見える　□見えにくい　□見えない				
	眼鏡	□無　□有				
	コンタクトレンズ	□無　□有				
聴力	右	□聞こえる　□聞こえにくい　□聞こえない				
	左	□聞こえる　□聞こえにくい　□聞こえない				
	補聴器	□無　□有 □右　□左				
栄養	食欲	□無　□有	偏食	□無　□有		
	間食	□無　□有				
	義歯	□無　□有　□総て　□部分　□上　□下				
嗜好	飲酒	□無　□有　1日の量　mL				
	喫煙	□無　□有　1日の本数　本　喫煙年数　年				
排泄	尿意	□無　□有	失禁	□無　□有		
	便意	□無　□有				
	便秘	□無　□有	対処方法			
	下痢	□無　□有	対処方法			
	オムツの使用	□無　□有				
月経		□順　□不順　□閉経　歳	妊娠の可能性	□無　□有		
睡眠	寝具	□ベッド　□布団				
	睡眠時間	□良眠　□浅眠　□断眠				
	無呼吸	□無　□有				
	いびき	□無　□有				

裏面も記入をお願いします

2. 住環境について教えて下さい。

住宅	□持家　□賃貸 □戸建て（生活スペース　　階）	
	□マンション（　　階） □アパート　（　　階）	エレベーター　□無　□有
玄関	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
居室食堂	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
寝室	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
トイレ	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
	□和式　□洋式　□ポータブルトイレ	
浴室	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
洗面所	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
階段	手すり　□無　□有	
廊下	手すり　□無　□有	段差　□無　□有
屋内 移動方法	□歩行　□杖　□手すり　□伝い歩き □歩行器　□車いす　□いざり	
自宅周辺	坂　□無　□有 外階段　□無　□有　（　　段） 車の横付け　□可　□不可 外出手段　□徒歩　□車いす　□自転車　□自動車	
その他	住宅改修　□未実施　□済　□可能　□不可能	

3. その他

前医の説明	
リハビリへの期待	
入院中の心配ごと	
入院中の相談等の窓口者	
介護等の協力者	
退院先のご希望	
趣味	
宗教	
1日の過ごし方	0時　6時　12時　18時　24時

ご記入ありがとうございました

初台リハビリテーション病院　院長　殿

テレビ利用申込書・冷蔵庫利用申込書

私は貴院からテレビ・冷蔵庫の利用料金にかかる下記注意事項を確認し、内容を承諾の上、以下のとおり申込みを行います。利用料金については遅滞なく支払うことをお約束いたします。

【利用料金にかかる注意事項】

1.申込みいただいた方のみ、ご希望の設備をご利用いただけます。
2.申込みされない場合は、テレビ・冷蔵庫のご利用はできませんが、料金の請求もいたしません。
3.料金は1日単位で発生し、入院費と併せてご請求いたします。

- 申込期間中は利用の有無に関わらず料金が発生いたします。（日ごとの申込み変更はできません。）
- 申込日は申込時間に関わらず1日分の料金が発生いたします。
- 外出・外泊期間中も料金が発生いたします。
- 退院日は退院時間に関わらず料金を請求いたしません。また利用停止申込み日も請求いたしません。
- 個室料金が発生する病室にご入院の場合、テレビ・冷蔵庫は無料で利用できます。（本申込書も不要。）
- 当院理由により、個室料金が発生しない状態で個室にご入院し、テレビ・冷蔵庫の利用を希望の際は申込書が必要となり料金が発生いたします。
- テレビ・冷蔵庫利用料の請求は、入院費の請求に含ませていただきます。

申込日	年　　月　　日	
利用者（入院者）	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	氏名	
申込者	ﾌﾘｶﾞﾅ	入院者との続柄
	氏名	

申込（ﾁｪｯｸ）	項目	金額（税込）	利用開始日	利用終了日
□	テレビ利用料	440円／日	月　　日	月　　日
□	冷蔵庫利用料	220円／日	月　　日	月　　日
□	テレビ・冷蔵庫利用料（両方使用する場合）	550円／日	月　　日	月　　日

※退院前にご利用の終了を希望する場合は、病棟のクラーク又はスタッフへお声掛けください。

【お問合わせ】初台リハビリテーション病院病棟クラーク　03－5365－8500
時間　9時00分～17時00分　（平日・土・日・祝）

原本カルテ保管　コピー返却