

【入院申込書兼誓約書・保証書】

京都山城総合医療センター 院長 様

この度、貴院において入院治療を受けるに際し、入院中は院内規則（入院案内に記載）や病院の指示を堅く守ります。万一これに違反した場合や、暴力・暴言・セクハラ行為など職員や他の患者さんに迷惑をかける行為を行った場合には、いつ退院を命ぜられても異議は申しません。なお入院料その他一切の費用は請求どおりお支払いいたします。

別紙自費料金にかかるものを使用した場合は、別途費用がかかることに同意いたします。

年 月 日

ふりがな				性別
患者様氏名 (署名または押印)				男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生(才)
現住所	〒 - TEL			
職業又は勤務先	TEL			
希望のお部屋	特別室・個室・4人床室			

確認

↑ ※ 病院記載欄のため、記載しないでください。

※ 入院患者様と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。

申込者氏名 (署名または押印)		性別	男・女	患者様との続柄	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生(才)	
現住所	〒 - TEL				
職業又は勤務先	TEL				

貴院に入院いたしました上は、本人の身上に関する一切の事項をお引き受けすると共に、万一本人において入院料等の延滞の際は、申込者または保証人が極度額10万円の範囲で連帯して保証いたします。

保証人氏名 (署名または押印)		性別	男・女	患者様との続柄	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生(才)	
現住所	〒 - TEL				
職業又は勤務先	TEL				

(保証人は患者様・保護者様と別世帯の成年者としてください)

ID No.

--	--	--	--	--	--	--

科

入院病棟

階

緊急連絡先

患者様氏名

緊急連絡先①	氏 名	続柄()	
	住 所		
	電話番号	自宅()	携帯()
	勤 務 先		
	電話番号		
緊急連絡先②	氏 名	続柄()	
	住 所		
	電話番号	自宅()	携帯()
	勤 務 先		
	電話番号		

◎洗濯物・持ち物のご依頼をする方 () 電話： ()

京都山城総合医療センター

感染防止のための検査協力をお願い

当院では、医療行為の過程で、患者様の血液が付着した針を職員が誤って自分の皮膚に刺した場合などに、職員の感染予防のために患者様のウイルス抗体・抗原検査（B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、後天性免疫不全症候群ウイルス）をすることがありますので、ご了承お願い申し上げます。

検査は、針刺しや曝露などの事例が生じた場合のみ行い、通常の採血検体を用いるもので、入院や通院中の治療に影響はありません。また、その際の検査費用は当院が負担いたします。検査結果については個人情報保護法を遵守し、患者さまがご希望の場合に限り、患者さまにも結果をご報告します。

ご理解いただける場合は、患者様本人、または代理人の署名欄に御署名をお願いいたします。

感染症検査承諾書

上記検査の必要性を理解し、

- ☐ 検査を受けることを承諾いたします。結果の報告も希望します。
- ☐ 検査を受けることを承諾いたします。結果の報告は希望しません。
- ☐ 検査を受けることは承諾いたしません。

____年 ____月 ____日

患 者 氏 名 : _____

代理人氏名 : _____ 続柄 (_____)

京都山城総合医療センター 院長 様

個人情報記載書

この用紙は入院中の医療や看護に際し、病気の回復や看護ケアの一助とさせていただくため必要なものです。情報は入院中の医療や看護に関してのみ使用し、個人情報保護法に基づき厳重に管理させていただきます。

お手数ですが、**ご記入の上必ず入院時にお持ちください。**

◎過去に当院でご入院の経験がある方は、**変更がある項目のみ**でご記入ください。

お名前

ご本人のご職業 ☐会社員 ☐公務員 ☐医療関係者 ☐農業 ☐自営業 ☐無職
同居されているご家族 ☐夫 ☐妻 ☐子供 ☐祖父 ☐祖母 ☐その他 ()
輸血歴 ☐なし ☐あり
家族歴 (誰) ☐心疾患 ☐糖尿病 ☐腎臓病 ☐高血圧 ☐癌 ☐その他
アレルギーの有無 ☐なし ☐あり⇒食物 () 薬 ()
喫煙について ☐なし ☐あり ⇒ 1日の喫煙本数 (本) 吸っていた年数 (年) () 歳から禁煙中

質 問				あるにチェックを入れた方のみ御記入ください	
既往歴	過去に病気・治療・手術の経験がありますか	ない	ある	歳頃	病名
				歳頃	病名
				歳頃	病名
				歳頃	病名
				歳頃	病名
				歳頃	病名
				歳頃	病名
健康知覚・管理	医師から指示されている自己管理はありますか	ない	ある	☐ 薬 ☐ 注射 ☐ 食事 ☐ 水分 ☐ 塩分	
	1年以内に転倒、または転倒しやすいと感じることがありますか	ない	ある	☐ その他	
				☐ 足の筋力低下がある ☐ ふらつく	
				☐ 麻痺などの歩行障害がある	
栄養・代謝	半年以内に体重が急に増減する事がありましたか	ない	ある	()月頃から()kg ☐ 減った ☐ 増えた	
	食事をする時に飲み込みにくい症状がありますか	ない	ある	☐ 飲み込めない ☐ むせる ☐ のどがゴロゴロする	
				☐ 誤嚥を起こしたことがある ☐ 食事時間が長い	
				★自宅・施設での食事形態について	
				主 食: ☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ ミキサー粥 ☐ 全粥 ☐ パン	
				副 食: ☐ ミキサー食 ☐ 7mm ☐ 2cm ☐ きざみなし	
				とろみ: ☐ あり ☐ なし	

個人情報記載書

質 問			あるにチェックを入れた方のみ御記入ください	
排泄	排泄について気になることはありますか	ない ある	☐ 排尿： ☐ 尿意が無い ☐ 失禁 ☐ 頻尿 ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ 排便： ☐ 毎日 ☐ 2日に1回 ☐ 3日に1回 ☐ その他 ☐ 緩下剤を使用している ☐ 浣腸している ☐ 様式： ☐ ポータブルトイレ使用 ☐ オムツ ☐ 尿取りパッド ☐ リハビリパンツ	
活動・運動	日常生活で介助を必要とすることはありますか	ない ある	☐ 食事介助 ☐ 食事のセッティング ☐ 更衣の介助 ☐ 洗面・はみがき ☐ 入浴介助 ☐ 麻痺がある ⇒ 部位：	
睡眠	夜間眠れないことがありますか	ない ある	☐ 熟睡感が無い ☐ 途中目が覚める ☐ 利尿剤を飲んでいる ☐ 睡眠剤を服用している(薬剤名：)	
認知・知覚	身体のどこかに痛みがありますか	ない ある	☐ 痛みの部位： ☐ 痛みの程度：	
	認知症の症状がありますか	ない ある	☐ 場所が分からない ☐ 家族が認識できない ☐ 徘徊する ☐ 昼夜逆転 ☐ 物忘れをよくする ☐ 話が理解できない ☐ その他	
その他	介護保険または身体障害等の認定を受けていますか ☐ 申請中	ない ある	☐ 要支援 (1 2) ☐ 要介護 (1 2 3 4 5) ☐ 身体障害者認定(級)	
	現在利用されている介護サービスや施設入所がありますか		ない ある	☐ デイサービス(回/週) ☐ ショートステイ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問介護 ☐ 福祉用具を借りている ☐ 療養型施設 ☐ 特別養護老人ホーム 事業所名() ケアマネージャー()
	補助具等	ない ある	☐ 補聴器 ☐ 入れ歯 ☐ 部分義歯 ☐ 義足	

★ご入院に際しご不明な点や心配な事がございましたら何でもご記入ください。

■日常的にお薬を飲まれている方は入院時必ずお持ちください。

■入院中にかかりつけ医でお薬を処方していただくことはできません。

ID No. 科

差額室入室への同意書

病室番号	(1 日 料 金)	
	A	B
特 別 室	17,600円	22,000円
402～418 502～522 602～622 702～722 802～822 110～113	8,800円	11,000円

※上記金額は消費税込みの金額となります。



A：病院組合市町村内居住の方（木津川市、和東町、笠置町、南山城村）

B：上記の病院組合外市町村居住の方

※個室料金は暦日で頂きますので、夕刻入室されて、翌朝退室された場合でも2日分必要となります。

上記個室 _____ 号室 に入室を希望し、定められた個室料を支払うことに同意いたします。

令和 年 月 日

ご住所 _____

患者様氏名
(署名または押印) _____

京都山城総合医療センター院長 様