

入院に係る同意書

令和 年 月 日

平内町国民健康保険平内中央病院

事業管理者 首藤 邦昭 殿

私は、入院に係る下記①～⑤の事項において、各項目で指定した内容及び記載事項、確認事項を了承したことに同意します。

記入者住所 _____

記入者氏名 _____ 印

入院患者住所 _____

入院患者氏名 _____

(入院患者との続柄)

① 個人情報について、下記の対応の中から選び、をつけてください。

(1) 病室の名札を表示し、面会等の取次を許可する。

病室の名札を非表示にし、面会等の取次を認めない。

※当院では、個人情報保護の観点から、電話でのお問合せは原則お断りしております。

(電話の場合、身分の証明や個人の特定が困難であるため)

(2) 無断離院の防止策として、顔写真の撮影をお願いする場合がございます。

顔写真の撮影を許可する。

顔写真の撮影を認めない。

顔写真については
・職員による無断離院の予防、捜索に使用します。
・警察等へ捜索依頼する場合に使用します。

※当院では、無断離院に起因する事故等の一切の責任を負いかねます。

② 会計方法について、下記の対応の中から選び、をつけてください。

請求書を病室 (ベッド横の床頭台の上) へ運ぶ。

会計窓口で直接会計を行う。

※この場合、請求書は病室へ運びませんので、お支払いされる方が直接、会計窓口で料金等を確認することとなります。

上記の住所欄に記載されている住所に郵送する。

あて先を指定して郵送する。※振込手数料は自己負担となります。

あて名：

住 所：

裏面もご確認ください。

③ 保険外負担について

健康保険等の対象外となるサービス又は使用料については、下記の料金で実費請求することとなりますので、ご希望の際は☑をつけてください。

サービス名	料金 (税込)	詳細
<input type="checkbox"/> 診察券再発行	110 円	
文書作成料 (※2)	簡易なもの 1,650 円	おむつ使用証明書、 医療費納入通知書
	当院様式等 3,300 円	死亡診断書 当院様式による診断書・証明書
	一般的なもの 8,250 円	生命保険診断書、障害診断書
	複雑なもの 9,900 円	後遺障害診断書
個室料 (※2)	個室 1日あたり 3,300 円	一般病棟 個室 201,202,203,209,210
	2人部屋 1日あたり 1,100 円 ※病院の都合により入室する場 合はこの限りではありません。	療養病棟 2人部屋 108,204 個室 101,102 2人部屋 205

※ 表記の税込価格は消費税率 10%で計算されております。

※2 診断書等の文書作成、個室の使用については、別途同意書が必要となりますので、ご入り用の際にスタッフにお申し付けください。

④ 入院期間の確認について

直近3ヶ月のうち、他の病院に入院したことがあった場合は、下記に記載をお願いします。

病院名 () 傷病名 ()

入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

病院名 () 傷病名 ()

入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

⑤ オンライン資格確認等システムによる限度額認定証情報閲覧機能の利用について

同意します。(当院職員がシステムを利用して限度額認定証情報を確認いたします)

同意しません。