

病院 記載 欄	診療科		担当	照査
	病棟			
	ID番号	-		

受理年月日

## 入院申込書（兼誓約書）

北見赤十字病院長 様

年 月 日

このたびの入院については、病院（医師）の説明を受けて十分理解しましたので入院を申し込みます。入院後は、病院の諸規則並びに診療上指示されたことを守り、診療に関する患者負担の費用については、病院からの指示あり次第、遅滞なく支払うことを約束します。

【入院年月日】 年 月 日

入院者	現住所	〒 -		
	(カナ) 氏名		印	電話 - - 携帯 - -
	生年月日	年 月 日	満年齢	歳
	勤務先	名称 住所	電話番号	- -

家族の代表者	現住所	〒 -		
	(カナ) 氏名		印	電話 - - 携帯 - -
	生年月日	年 月 日	満年齢	歳
	続柄	配偶者・父母・子・兄弟・姉妹・孫・祖父母・その他（ ）		
	勤務先	名称 住所	電話番号	- -

（ご記入にあたって）

1. 家族の代表者（キーパーソン）は、病状説明やご本人に代わって意思決定できる親族の方、または信頼がおける方をご指定ください。
2. 入院にあたり、入院者の容体等で本人からの了承を得ることが困難であるときは、家族・家族の代表者（キーパーソン）の了承をもってこれに代えさせていただきます。（入院者が未成年の場合は、法定代理人である親権者とします）

以下項目について、該当する項目の□にチェックをしてください。

### 【入院の問合せについて】

- 入院していることを伝える  
入院していることを伝えない（「入院していません」と回答します）  
 ※トラブルになった場合、病院側は責任を負いかねます

### 【臓器提供の意思表示について】

- している → 健康保険証 運転免許証 マイナンバーカード 意思表示カード  
していない 不明

※ 本用紙は、健康保険証、医療受給者証等を添えて、入退院センター受付へすみやかにご提出ください

※ 記入事項に変更が生じた場合は、すみやかに届け出願います。

## 保険外負担金同意書

名称	単位	金額(税別)	金額(税込)
T字帯 大・小	1枚	¥300	¥330
腹帯(学童・乳児・幼児・大人)	1枚	¥400	¥440
術後伸縮腹帯 ソフラビレイ	1枚	¥1,200	¥1,320
紙オムツ 新生児用・低出生体重児用	1枚	¥30	¥30
紙オムツ 小児用	1枚	¥50	¥50
紙オムツ 大人用	1枚	¥200	¥220
おしりふき	1袋	¥200	¥220
尿取りパッド	1枚	¥50	¥50
ナプキン	1枚	¥50	¥50
オサンパット ロイヤル直後	1枚	¥800	¥880
オサンパットレモン1枚	1枚	¥150	¥160
妊娠検査	1回	¥2,060	—
産用セット	1組	¥8,500	—
産褥e直後パット	1枚	¥800	—
臍帯箱	1個	¥400	—
うぶごえアルバム	1個	¥2,800	—
エムニケーター	1個	¥250	—
リペアニプル	1本	¥1,000	—
カネソン新母乳パック1入	1枚	¥60	—
メデラ(搾乳器)貸し出し(1日につき)	1個	¥1,000	—
ベビーキャップ	1個	¥200	—
ミルクボン25ml	1個	¥30	¥30
風疹ワクチン	1回	¥7,550	¥8,400
お祝い膳 大人 (3食目以降)	1食	¥3,000	—
お祝い膳 子ども	1食	¥670	—
選定入院料	1日	—	¥3,000
選択メニュー(食事加算)	1食	—	¥20
エンゼルケア		¥5,000	¥5,500
ガーゼねまき	1枚	¥800	¥880
エンゼルデンチャー	1個	¥1,800	¥1,980
セーフティセット アプリケーター	1セット	¥3,500	¥3,850

療養の給付と直接関係のない上記内容及び、その他のサービス等の提供を受けた場合は、それに係る費用の徴収に同意いたします。

年 月 日

北見赤十字病院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名(続柄) \_\_\_\_\_

\* ご不明な点がございましたら、本館1階入退院センター受付へお問い合わせください。

2021年9月1日 現在