入院申込書

貴病院に入院を申し込みます。入院するにつきましては、貴病院の規定及び指示を厳守し入院費等の診療費は所定の期日までに必ず支払い、決して貴病院に迷惑をかけないことを約束いたします。また、個人情報の保護についても、貴病院の方針を了承いたします。

（特別な事情がある場合は申し出を行います。）

			記入年月日	令和　　年　　月　　日	
入院患者	ふりがな 氏　名	㊞	男 女	生年月日	明・大 昭・平 令　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所	（〒　　－　　） 自宅電話（　　）　　－ 携帯電話　　－　　－			
	勤務先名称				
	勤務先 住　所	（〒　　－　　）　電話番号（　　）　　－			
	限度額適用認定証の情報提供に関する同意　　同意する　・　同意しない □　非課税世帯に該当する方はチェックをして下さい。				

【記入上の注意】　1、申込者が入院患者の場合は、申込者の欄の記入は必要ありません。

2、入院患者が未成年の場合は、申込者の欄は親権者を記入して下さい。

申込者	ふりがな 氏　名	㊞	男 女	生年月日	明・大 昭・平 令　　年　　月　　日（　　歳）
	住　所	（〒　　－　　） 自宅電話（　　）　　－ 携帯電話　　－　　－			
	勤務先名称				
	勤務先 住　所	（〒　　－　　）　電話番号（　　）　　－			
	入院患者との関係	親　　配偶者　　子　　親族　　知人　　その他（　　）			

宮崎県立宮崎病院長　殿

入院年月日	令和　　年　　月　　日	病棟	科

※この３ヶ月以内に病院（保険医療機関）に入院したことがありますか。

（イ.はい　　ロ.いいえ）（前回の入院先病院名　　）

※前回の入院先での「退院証明書」をお持ちの方は、この入院申込書と一緒に提出してください。

⇒裏面記入お願いいたします。

身 元 引 受 ・ 債 務 保 証

裏面の入院患者及び申込者の身元に関する一切の事項を保証するとともに、入院費及びその他の費用の支払いができない場合は、私（連帯保証人）が全責任を持って支払います。

連帯保証人	ふりがな		男女	生年月日	大･昭 平･令	年　月　日（　歳）
	氏　名	㊞				
	住　所	（〒　－　）　電話番号（　）　－				
	勤務先名称					
	勤務先住　所	（〒　－　）　電話番号（　）　－				
	入院患者との関係	親　配偶者　子　親族　知人　その他（　）				
	連帯保証期間	いずれかに✓をしてください。 □今回の入院から6ヶ月以内の入院費及びその他の経費の保証 □今回の入院のみに係る入院費及びその他の経費の保証				
	極度額	極度額は　30万円とする。				

連帯保証人	ふりがな		男女	生年月日	大･昭 平･令	年　月　日（　歳）
	氏　名	㊞				
	住　所	（〒　－　）　電話番号（　）　－				
	勤務先名称					
	勤務先住　所	（〒　－　）　電話番号（　）　－				
	入院患者との関係	親　配偶者　子　親族　知人　その他（　）				
	連帯保証期間	いずれかに✓をしてください。 □今回の入院から6ヶ月以内の入院費及びその他の経費の保証 □今回の入院のみに係る入院費及びその他の経費の保証				
	極度額	極度額は　30万円とする。				

1. 連帯保証人は、支払い能力の有する成年者であること。

2. 連帯保証人2人のうち1人は同一世帯以外の者であること。

限度額について

令和２年４月１日から改正民法が施行されます。民法 465 条の 2 の改定に伴い、**県立宮崎病院の入院費に関する連帯保証に対して、限度額を設定することとなりました。**

限度額とは・・・連帯保証人が負う負担額の上限のことを言います。入院費のような金額が不確定なものに対して連帯保証人をたてる際に、上限を設けなければなりません。
県立宮崎病院の限度額は 30 万円となっております。

患者さんの個人情報保護について

当院では、患者さんに安心して医療を受けていただくために、安全な医療をご提供するとともに、患者さんの個人情報の取扱にも、万全の体制で取り組んでいます。

個人情報の対象について

当院で取得した患者さんの電子カルテ上の情報、診断のために採取された検体（血液、体液、細胞、組織等）および検査結果、並びに診断のために撮影された画像です。

個人情報の利用目的について

当院では、患者さんの個人情報を別記（次ページ）の目的で利用させていただくことがございます。

これらの目的以外で利用させていただく場合には、随時、患者さんの同意をいただくか、同意がない場合は利用することはございません。

個人情報の開示、訂正、利用停止について

当院においては「個人情報保護法」の趣旨を尊重し、個人情報の開示、訂正、利用停止等につきましては「個人情報保護条例」をはじめとする諸規定により適切に対応しております。

手続きの詳細のほか、ご不明な点につきましては、医事課までお気軽にお尋ねください。

個人情報の取扱

教育、医療調査、ならびに医学研究に患者さんの個人情報を利活用する場合は、個人情報の匿名化を行うなど患者さんのプライバシーを充分に保護し、細心の注意を払い対応します。

上記の個人情報の保護、取扱についてご理解をいただき、その利用について
下記の同意欄にチェックをお願いします。

☐ 同意します

署名

患者さんの署名が困難な場合・患者さんが未成年の場合
代理人署名

同意日　　令和　　年　　月　　日

上記同意は、いつでも撤回、変更することができます。医事課に申し出てください。

宮崎県立宮崎病院　院長

別記

当院での患者さんの個人情報の利用目的

１．院内での利用

１．患者さんに提供する医療サービス
２．医療保険事務
３．入退院等の病棟管理
４．会計・経理
５．医療事故等の報告
６．当該患者さんへの医療サービスの向上
７．院内医療実習への協力
８．医療の質の向上を目的とした院内症例研究
９．その他、患者さんに係る管理運営業務

２．院外への情報提供としての利用

１．他の病院、診療所、助産院、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
２．他の医療機関からの照会への回答
３．患者さんの診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
４．検体検査業務等の業務委託
５．御家族等への病状説明
６．保険事務の委託
７．審査支払機関へのレセプトの提供
８．審査支払機関または保険者からの照会への回答
９．事業者等から委託を受けた健康診断に係る、事業者等へのその結果通知
１０．医師賠償責任保険に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等
１１．その他、患者さんへの医療保険事務に関する利用

３．その他の利用

１．医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
２．外部監査機関への情報提供
３．宮崎県情報公開条例による情報提供
４．学会発表等の匿名による学術利用
５．「がん診療拠点病院等の整備に関する指針」（厚労省通知）に規定する情報提供
６．診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用

個人情報の保管について

１．診療録、画像、検査結果：患者さんの最終受診日から 10 年間保管
２．検体：生の全血液=1 日保管　　生の血清=1 週間（輸血時のクロス用は 20 年間保管）保管
　　尿=検査終了廃棄　　臓器や組織=診断終了後、焼却処分
　　パラフィンブロック=半永久的保管　　プレパラート（ガラス標本）=10 年間保管
※主治医が必要と判断した検体は、主治医が必要とする期間保管されます

入院申込書等　記入例

1. 入院申込書（1枚目）

入　院　申　込　書

貴病院に入院を申し込みます。入院するにつきましては、貴病院の規定及び指示を厳守し入院費等の診療費は所定の期日までに必ず支払い、決して貴病院に迷惑をかけないことを約束いたします。また、個人情報の保護についても、貴病院の方針を了承いたします。

（特別な事情がある場合は申し出を行います。）

	❶ 記入年月日				令和　〇〇　年　×月　△日
入院患者	ふりがな	みやざき　たろう		生年月日	
	❷ 氏　名	宮崎　太郎 ❸ 宮崎	男・女	明・大 昭・平 令	△△年　〇月××日（　△△歳）
	住　所	（〒 880 － 8510 ） 宮崎県宮崎市北高松町5番30号	自宅電話（ 0985 ）〇× － 〇〇〇〇 携帯電話　×〇× － ×〇×〇 － 〇×〇×		
	勤務先名称	㈱みやざき建設　〇〇			
	❹ 勤務先住所	（〒 〇△〇 － ×〇×〇 ） 宮崎県宮崎市△△1-3	電話番号（ 0985 ）×〇 － △△△△		

申込者	ふりがな			生年月日	明・大 昭・平 令　　年　月　日（　歳）
	❺ 住　所	（〒 － ）	自宅電話（ ） － 携帯電話 － －		
	勤務先名称				
	❼ 勤務先住所	（〒 － ）	電話番号（ ） －		
	❽ 入院患者との関係	親　配偶者　子　親族　知人　その他（ ）			

❻ 印

※申込者が入院患者ご本人の場合（未成年を除く）は、この欄を記入する必要はありません。

【記入上の注意】　1、申込者が入院患者の場合は、申込者の欄の記入は必要ありません。
2、入院患者が未成年の場合は、申込者の欄は親権者を記入して下さい。

宮崎県立宮崎病院長　殿

入院年月日	令和××年　〇月△△日	〇〇病棟	△△科

❾ ※この３ヶ月以内に病院（保険医療機関）に入院したことがありますか。
（イ）はい　ロ.いいえ）（前回の入院先病院名　〇〇〇病院　　）
※前回の入院先での「退院証明書」をお持ちの方は、この入院申込書と一緒に提出してください。

⇒裏面記入お願いいたします。

❶ 書類作成日を記入してください。

❷ 入院患者の氏名・住所等を記入してください。

❸ 入院患者の印鑑（認印可・シャチハタ不可）を押してください。

❹ 入院患者の勤務先情報を記入してください。

❺ 申込者（または親権者）の氏名・住所等を記入してください。

❻ 申込者（または親権者）の印鑑（認印可・シャチハタ不可）を押してください。

❼ 申込者（または親権者）の勤務先を記入してください。

❽ 入院患者との関係を選択してください。その他を選択された方は、（　　）内に入院患者との関係を記入してください。

❾ 過去3ヶ月以内に入院について質問です。「はい」「いいえ」を選んでください。

入院申込書等　記入例

1. 身元引受・債務保証（２枚目）

身 元 引 受 ・ 債 務 保 証

裏面の入院患者及び申込者の身元に関する一切の事項を保証するとともに、入院費及びその他の費用の支払いができない場合は、私（連帯保証人）が全責任を持って支払います。

連帯保証人

ふりがな	みやざき　はなこ		男 (女)	生年月日	大 (昭) 平・令	○○年　△月×　×日（△△歳）
氏　名	宮崎　花子 (宮崎)					
住　所	（〒 880 － 8510　） 電話番号（ 0985 ） ○×－ ○○○○ 宮崎県宮崎市北高松町5番30号					
勤務先名称	（株）けんりつ					
勤務先住所	（〒○×○－×○×○　） 電話番号（ 0985 ） ○×　－　○○○○ 宮崎県宮崎市○○1-1番地					
入院患者との関係	親　(配偶者)　子　親族　知人　その他（　　）					
連帯保証期間	いずれかに✓をしてください。 ☑今回の入院から6ヶ月以内の入院費及びその他の経費の保証 □今回の入院のみに係る入院費及びその他の経費の保証					
極度額	極度額は　30万円とする。					

連帯保証人

ふりがな	けんりつ　いちろう		男 (女)	生年月日	大 (昭) 平・令	△△ 年○○月　×日（○○歳）
氏　名	県立　一郎 (宮崎)					
住　所	（〒○×○－×○×○　） 電話番号（ 0985 ） △△　－　○○○○ 宮崎県宮崎市橘通り2-10-1					
勤務先名称	（株）県宮					
勤務先住所	（〒×○×－　○×○×　） 電話番号（ 0985 ） △△　－ × × × × 宮崎県宮崎市△△2-2番地					
入院患者との関係	親　配偶者　子　親族　(知人)　その他（　　）					
連帯保証期間	いずれかに✓をしてください。 □今回の入院から6ヶ月以内の入院費及びその他の経費の保証 ☑今回の入院のみに係る入院費及びその他の経費の保証					
極度額	極度額は　30万円とする。					

1. 連帯保証人は、支払い能力の有する成年者であること。
2. 連帯保証人2人のうち1人は同一世帯以外の者であること。

1 連帯保証人は必ず2名を用意し、内1名は同一家族（同一世帯）以外の者であること。

2 連帯保証人となる方の氏名・住所等を記入してください。

3 連帯保証人となる方の印鑑（認印可・シャチハタ不可）を押してください。

4 連帯保証人となる方の勤務先情報を記入してください。

5 入院患者との関係を選択してください。その他を選択された方は、（　　）内に入院患者との関係を記入してください。

6 連帯保証人となる方の連帯保証期間を選択してください。
※今回の入院で連帯保証期間が2名とも6ヶ月以内にチェックが付いている場合は、次回6ヶ月以内に入院された時の連帯保証人の記入は必要ありません。

7 極度額とは
<u>連帯保証人が負う負債額の上限</u>のことを言います。入院費のような金額が不確定なものに対して連帯保証人をたてる場合は民法改正により、上限を設けなければなりません。<u>当院の極度額は30万円</u>となっております。