入院時の書類記入のお願い

入院当日までに、**必ず下記の書類の記載** をお願いいたします。

記載方法については、当院ホームページからご確認いただけます。

【 TOP ページ　→　入院案内　→　動画で分かる入院案内

→　「1.入院される方へ」（説明動画）】

「入院される方へ」の説明動画 QR コードです。

■入院手続きに必要な書類について（チェックリスト）

✓	書類名	注意事項
□	入院申込書 （兼入院誓約書）	連帯保証人の欄は忘れずにご記入ください。 必ず**ご捺印**をお願いいたします。
□	入院される方へ	**入院中の連絡先**を忘れずにご記入ください。 両面の記入が必要です。
□	病状説明同意書	ご本人以外で**医師からの病状説明を受ける方を決めてください。**

■日常生活品（入院セット）のお申込みについて

お申し込みは**任意**です。入院後でもお申込みいただけます。

※各種書類については、当院ホームページからダウンロードできます。

社会医療法人孝仁会　札幌第一病院

入 院 申 込 書

（ 兼入院誓約書 ）

入院日： 令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">男・女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">ＭＴＳＨ　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2">印
（　自署の場合印不要　）</td><td>職　業
(勤務先)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>現 住 所</td><td colspan="6">〒　　－　　TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>未成年または
保護を要する方</td><td>保護者氏名</td><td colspan="2"></td><td>本人との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">連 絡 先</td><td>氏 名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住 所</td><td colspan="5">〒　　－　　TEL（　　）　　－</td></tr>
</table>

札幌第一病院への入院に際し、下記事項を守ることを保証人と連帯してお約束いたします。

1．入院医療に関する諸規則ならびに診療上指示されました事項を必ず守って、療養に専念いたします。万一履行できない時は、退院、診療の中止の処分を受けることを承諾いたします。
2．諸費用は所定の期日までに支払います。
3．保証限度額は30万円といたします。

連帯保証人記入欄

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>印</td></tr>
<tr><td>現 住 所</td><td>〒　　－　　TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>勤 務 先</td><td>TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>患者本人との関係</td><td>親　夫　妻　子供　親族　知人　その他（　　）</td></tr>
</table>

〒063-0804　札幌市西区二十四軒4条3丁目4番26号

社会医療法人 孝仁会　札幌第一病院

院 長　嵐　方 之

入院される方へ

患者氏名	

この用紙は患者さんを看護する上で活用させていただきます。
どうぞご協力お願い致します。

連絡先	①	続柄		氏名		在住	
		TEL			携帯		
	②	続柄		氏名		在住	
		TEL			携帯		

家族歴

父	歳

母	歳

兄弟	歳

配偶者	歳

子供	歳

既往歴

病名	病院名	年齢	経過	現在の状況
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療
			通院 ・ 手術 手術名（　　）	治癒 ・ 治療中 ・ 未治療

アレルギー	造影剤	有（　　）　無（　　）	喫煙	吸う（　）やめた（　　）吸わない（　　）
	食物	有（　　）種類（　　） 無（　　）		（　　）本/日　（　　）歳から（　）年間
	薬物	有（　　）種類（　　） 無（　　）	飲酒	毎日飲む（　　）たまに飲む（　　）
				飲まない（　　）
	その他			

同居状態	独居（　）同居（　）同居者（　　）	家屋状況	一戸建て（　　）　（　　）階
主たる介護者			マンション（　　） エレベーター有（　　）　無（　　）
その他協力者			
介護認定	有（　　）　無（　　）		玄関先の段差　有（　　）無（　　）
要介護			トイレ　和式（　　）　洋式（　　）
担当ケアマネージャー	有（　）担当者名（　　）無（　）		寝具　ベッド（　　）　布団（　　）
サービスの種類			
入院までの経過			
入院又は手術について医師より受けた説明			
入院に際し困っていること			

ご協力ありがとうございました

社会医療法人孝仁会　札幌第一病院

病状説明に関する同意書

私の病状に関して、私本人以外では以下の者に説明してください。

	氏名	続柄	電話番号
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

悪性疾患が判明した場合、その告知に際しては

1. 私本人にお願いします。

2. 私本人ではなく上記の

（氏名） _____

にあらかじめ相談してください。

社会医療法人　孝仁会　札幌第一病院　病院長殿

令和　　年　　月　　日

氏名 （署名）_____

入院生活で必要な持ち物チェックリスト

■すべての持ち物にお名前をお書きください。

	現在服用中の薬
	お薬手帳
	印鑑　※シャチハタは不可
	室内履き　※スリッパやサンダルはお控えください
	カップや吸い飲み　　※割れにくいものをご準備ください
	イヤホン
	下着　・着替え
	オムツ ※必要量お持ちください。残り少なくなった際に病棟からご連絡します

必要のある方は以下の物もお持ちください

	入れ歯　　※ケース・洗浄剤・専用ブラシもご準備ください
	眼鏡
	電気カミソリ

入院セットをお申し込みの方は以下のものは不要です

■申し込みは任意で単品でもお申込みいただけます。

	寝巻
	洗面道具
	タオル類
	ティッシュペーパー
	顔・体拭きシート（アルコールを含まないもの）
	入れ歯ケース・洗浄剤・専用ブラシ
	カップや吸い飲み

■日常生活品は、万一紛失されても、病院では責任を負うことができません。
ご自身での管理をお願いします。
■多額の現金及び貴重品の持ち込みは控えてください。紛失・盗難に対して
当院では責任を負いかねます。

札幌第一病院

入院患者様
ご家族様 各位

社会医療法人孝仁会
札幌第一病院

「日常生活品サービス」についてのお知らせ

平素より患者様ならびにご家族の皆様には、当院の医療・看護方針にご理解とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

当院では、以前より、院内感染防止対策の一環として、患者衣・私物洗濯・タオル類を専門業者に委託し、洗濯及び消毒を行っています。また療養生活を快適に過ごしていただくと同時に、外部からの持ち込みによる感染防止の観点から身の回り品のご用意をさせていただいているところです。

この度、感染防止対策の向上と入院患者様ならびにご家族様がご利用しやすいように、
令和４年５月１日より「日常生活品サービス」の内容を一部リニューアルいたしました
（料金は変わりません）。
なお、今後、「日常生活品サービス」（変更後名称「入院セット」）は、当院指定委託業者と入院患者様との直接契約となります。

今後は、指定委託業者からの請求に変更となります。指定委託業者より振込用紙を郵送させていただきますので、お近くのコンビニエンスストアまたはスマホ決済にてお支払いいただきますようお願いいたします。

お　願　い

※院内感染防止のため、衛生管理上、病衣、タオル、日用品等については、基本的には当院で用意している「基本セット」でのお申し込みをお願いしております。

※本サービスをお申込みされない場合は、院内感染防止の観点から、以下の通り常備されることをお願い致します。

- 私物の患者衣・タオル類を家族にて洗濯される場合は、週３回以上の交換（引き取り・洗濯、お届け）
- 患者衣は当院で提供しているもとの同様の物（パジャマ・寝巻き等）をご着用ください。
- タオルは一度使用したら必ず洗濯してください。洗濯物は指定された場所に干してください。
- 入院生活に必要な消耗品をご自身で常備し、ロッカー、衣装ケースに整頓して保管してください。

本サービスは入院費とは別請求となり、当院の会計窓口ではお支払いできませんのであらかじめご了承ください。お申し込み後に患者様の状態に合わせて内容を変更することは可能です。

入院セットに関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。
指定委託業者　：ワタキューセイモア株式会社　　連絡先電話番号：0120-102-606

記入例

No.

入院セット利用申込書 兼 同意書

入院セットは、ワタキューセイモア株式会社との直接契約となります。
契約者様控裏面の内容と個人情報の取り扱いについて同意のうえ❶～❸をご記入ください。

申込日	20○○年 ○○月 ○○日	病棟	病室
		○○	○○○

❶ 利用者様のお名前をご記入ください。

フリガナ	ワタキュウ	タロウ
利用者	姓 綿久	名 太郎
利用者生年月日	西暦 1962 年 7 月 17 日	

❷ 請求書の送付先となりますので、下記の項目全てご記入ください。

フリガナ	ワタキュウ	ハナコ	
契約者	姓 綿久	名 花子	印 サインでも可
住所（請求書送付先）	〒047－0198 北海 都道府県	小樽 市区郡	
	町村名・番地以降（アパート名・マンション等の部屋番号もご記入ください。） 新光5丁目13-3 ワタキューセイモア株式会社 北海道支店		
連絡先	第一連絡先 0120 － 102 － 606	第二連絡先 － －	

❸ ご希望の商品の利用開始日をご記入ください。

○基本セット（選べるセット＋私物洗濯＋消耗品がついてお得なセット）

希望商品	商品名	単価（税別）	請求金額	利用開始日
✔	患者衣・バスタオル・フェイスタオル オシボリ・私物洗濯・消耗品	¥720 /日	¥792 （税込）/日×契約日数	○○月 ○○日より

○選べるセット

	患者衣のみ	¥240 /日	¥264 （税込）/日×契約日数	月 日より
	バスタオルのみ	¥200 /日	¥220 （税込）/日×契約日数	月 日より
	フェイスタオルのみ	¥160 /日	¥176 （税込）/日×契約日数	月 日より
	おしぼりのみ	¥120 /日	¥132 （税込）/日×契約日数	月 日より

○紙オムツセット

✔	紙オムツAセット テープ止めオムツ・リハビリパンツ・尿取りパッド いずれかまたは、組み合わせでお使いの方	¥500 /日	¥550 （税込）/日×契約日数	○○月 ○○日より
	紙オムツBセット リハビリパンツ・尿取りパッド いずれかまたは、組み合わせでお使いの方	¥300 /日	¥330 （税込）/日×契約日数	月 日より

○テレビ・冷蔵庫セット

✔	テレビ・冷蔵庫セット	¥350 /日	¥385 （税込）/日×契約日数	○○月 ○○日より

※変更・追加・解約の場合は別紙「変更・解約申込書」へ再度ご記入をお願いします。

❒ 医療機関・施設

社会医療法人孝仁会 札幌第一病院

【備考】セットレンタルご利用について申送り事項などがあればご記入ください。

❒ 医療機関・施設指定業者及び
運営管理・セットお問合せ先
ワタキューセイモア株式会社 北海道支店
〒047-0198 小樽市新光5-13-3
TEL 0120-102-606
ご連絡の際は、病院名をお知らせください。
【受付時間9：00～17：00土日祝除く】
FAX 042-774-5111