入院申込書（変更届）　兼　誓約書

医療法人せいふう会
阪神リハビリテーション病院　病院長　殿

1　私（本人）と代理人は、貴院の「入院のしおり」に記載された入院のための手続き、入院生活上の定め及びマナー、並びに療養上の指示、指導に従うことに同意します。
万一これらに反し、他の入院患者、来客、病院関係者などに迷惑を及ぼしたり、貴院の業務に支障をもたらした場合は、貴院の指示、指導に従います。

2　代理人は、親族一同の窓口となり、貴院入院中の本人に関する一切の責任を引き受けます。
※病院からの連絡は代理人（緊急時で代理人不在の場合は第2連絡先）にのみ行います。
本人の病状等について、代理人以外から当院へお問い合わせいただいても当院は一切お答えしません。

3　連帯保証人は、入院に伴う本人負担の医療費、その他貴院への一切の債務につき、極度額税込み100万円の範囲内において本人と連帯して履行責任を負います。

4　入院期間中、下記の個人情報の取り扱いについて同意します。

※ 下記、①～⑥同意される項目にチェックをしてください

□ ①病室入り口に私（本人）の氏名掲示
□ ②当院ホームページ、インスタグラムおよびパンフレットその他の広告媒体への写真および動画等の使用
□ ③治療の効果判定目的での撮影した写真や動画の使用（個人情報を含まない一部の診療情報等は、医学研究のため学会等で利用させていただく場合があります）
□ ④当院の医学研究や教育研修等に、私（本人）の診療情報や試料等を使用すること（個人情報を含まない一部の診療情報等は、医学研究や教育研修等で利用させていただく場合があります）
□ ⑤私（本人）の今回入院の紹介元以外のかかりつけ医、調剤薬局等に病気の経過や使用薬の確認が必要な場合、問い合わせをすること
□ ⑥下記に私（本人）の診療情報提供を行うこと
●退院後転院する場合、転院予定病院、施設宛　●退院後当院以外の通院や訪問診療を受ける場合、当該医療機関宛
●退院後在宅サービスを利用する場合、サービス利用予定の事業所宛
※但し、病院もしくは主治医が患者の生命、身体保護のために他の医療機関へ診察や転院が必要と判断した場合は⑥に同意が無くても当該医療機関へ診療情報提供を行います。

上記「1～4」および貴院の「入院のしおり」を一読し、内容を理解、同意しましたので下記の通り入院の申し込みを行います。

申込日　　年　　月　　日

本　人	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性　別	男　・　女
	生年月日	大　・　昭　・　平　　年　　月　　日		歳
	住　　所	〒　　―		
	自宅電話		携帯電話	
代 理 人	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続　柄	
	生年月日	大　・　昭　・　平　　年　　月　　日		歳
	住　　所	〒　　―		
	連　絡　先	①　（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	②　（　自宅　・　携帯電話　・　勤務先　）	

連帯保証人 **※代理人と同一人物の場合でも記入してください。**	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続　柄	
	生年月日	大　・　昭　・　平　　年　　月　　日		歳
	住　　所	〒　　―		
	自宅電話		携帯電話	
	勤務先名		勤務先電話	

※代理人、連帯保証人が変更になる場合職員にお申し出ください。1階総合受付で再度本用紙をご記入いただきます。