

# 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	平成	年	月	日
入院患者	ふりがな					
	氏名	(印)	生年月日	明・大	年	月 日( 歳)
	住所	(〒 - )	自宅電話( )	-	-	-
	勤務先住所	(〒 - )	電話番号( )	-	-	-

申込者	ふりがな					
	氏名	(印)	生年月日	明・大	年	月 日( 歳)
	住所	(〒 - )	自宅電話( )	-	-	-
	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

- 【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ください。

宮崎県立宮崎病院長 殿

入院月日	平成	年	月	日	病棟	科
------	----	---	---	---	----	---

※この3ヶ月以内に病院(保健医療機関)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		生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日( 歳)
	氏名	(〒 - )	印	電話番号( )	-
	住所				
	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。 <input type="checkbox"/> 今回の入院日から6ヶ月以内の入院費及びその他の経費の保証 <input type="checkbox"/> 今回の入院のみに係る入院費及びその他の経費の保証				

連帯保証人	ふりがな		生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日( 歳)
	氏名	(〒 - )	印	電話番号( )	-
	住所				
	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。 <input type="checkbox"/> 今回の入院日から6ヶ月以内の入院費及びその他の経費の保証 <input type="checkbox"/> 今回の入院のみに係る入院費及びその他の経費の保証				

- 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。

## 患者様の個人情報の保護についてのお知らせ

当院では、患者様に安心して医療を受けていただくために、安全な医療を御提供するとともに、患者様の個人情報の取り扱いにも、万全の体制で取り組んでいます。

### 個人情報の利用目的について

当院では、患者様の個人情報を別記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、患者様に同意いただけない限り利用することはありません。

### 個人情報の開示・訂正・利用停止について

当院においては、「個人情報保護に関する法律」の趣旨を尊重し患者様の個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましては県の「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。

手続の詳細のほか、御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。

県立宮崎病院 院長

## 当院での患者さまの個人情報の利用目的は

### 1. 院内での利用

1. 患者さま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. 当該患者さま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、患者さま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. 患者さまの診療等のため、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、患者さま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
1. 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を窓口（医事課）までお申し出ください。
  2. お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
  3. これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。