

入院に際してお持ち頂く書類及び品物等

書 類 及 び 品 物	チェック欄
医療・介護保険証類（原本）一式	
印鑑（認め印）	
入院保証金（現金で 50,000 円）	
基準寝具貸与票	
入院誓約書	
保険外費用負担に関する同意書	
入院費のお支払いについて	

☆ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください。

☎ 0743-75-0011（地域医療連携室）



医療法人社団 松下会

東 生 駒 病 院

〒630-0212 奈良県生駒市辻町 4 - 1

基準寝具貸与票

基準寝具1組

品名	数量	備考	品名	数量	備考
掛け布団	1枚		包布	2枚	但し夏季1枚
敷き布団	1枚		シーツ	1枚	
枕	1ヶ		枕カバー	1枚	

紛失・焼失・焼損の場合は、貴院の指示に従い弁償金を支払います。
退院時には、すべて返納致します。

上記の通り使用致します。

病棟	号室	患者名	印	男・女
----	----	-----	---	-----

年 月

東生駒病院 院長 殿

入院誓約書

医療法人社団 松下会
東生駒病院 院長 殿

私はこの度貴院に入院するにあたり、下記事項を守る事を誓約します。
万一違反しました場合は退院を命ぜられても異議を申しません。

記

- (1) 「入院案内」等の注意事項、諸規則を遵守し、他の患者様や貴院に迷惑をおかけしません。
- (2) 入院費、その他の諸料金は所定の期限までに遅滞なくお支払い致します。
- (3) 医師の説明と同意の内容にしたがって、入院治療をお受けします。

年 月 日

患者氏名

フリガナ		印	(男・女)	生年月日	
氏名				(大・昭・平・令) 年 月 日	
現住所				電話	
勤務先 (名称)				電話	

診療費等支払保証書

医療法人社団 松下会
東生駒病院 院長 殿

上記の者の入院に関しまして、身元をお引受けします。
上記誓約項目 (1) (2) (3) は承諾しました。
上記患者の貴院入院中の診療費等は、所定の期限内に患者本人若しくは
連帯保証人①が必ず支払致します。
万が一、期限までに入院費等の支払が出来なかった場合には、連帯保証人②
が診療契約に基づく患者本人若しくは連帯保証人①の貴院に対する一切の責務について、極度額 5 0 万円を
患者本人もしくは連帯保証人と連携して連携して滞りなく、支払致します。

預 り 金
¥
取扱者 ()
保証金は退院時精算します。

連帯保証人①

フリガナ		印	(男・女)	生年月日		続柄
氏名				(大・昭・平・令) 年 月 日		
現住所				電話		
				携帯電話		
勤務先 (名称)				電話		

連帯保証人②

フリガナ		印	(男・女)	生年月日		続柄
氏名				(大・昭・平・令) 年 月 日		
現住所				電話		
				携帯電話		
勤務先 (名称)				電話		

オンラインでの資格情報取得

オンライン資格確認システムを用いた「限度額認定証」の照会	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

保険外費用負担に関する同意書

当院では、下記の保険外費用の項目について、その料金や利用回数に応じてご負担をお願いしております。費用が発生しましたら、その都度請求させていただきます。

記

項 目	金額（税込）	項 目	金額（税込）
診断書（当院所定用紙）	¥2,200/1 通	理容料金（指定）カット・ブロー	¥1,940/1 回
診断書（施設提出用）	¥3,300/1 通	理容料金（指定）カット・顔剃り	¥2,750/1 回
診断書（保険会社等）	¥5,500/1 通	理容料金（指定）セットコース	¥3,060/1 回
おむつ使用証明書	¥1,100/1 通	理容料金（ROOM）カット・ブロー	¥2,750/1 回
診療費受領明細書	¥550/1 通	理容料金（ROOM）カット・顔剃り	¥3,460/1 回
自賠責保険明細書	¥3,300/1 通	インフルエンザワクチン	¥4,000/ 1 回
自賠責保険診断書	¥3,300/1 通	新型コロナウイルスワクチン	¥16,000/1 回
交通事故後遺症診断書	¥11,000/1 通	肺炎球菌ワクチン	¥7,000/1 回
診療録等の開示手数料	¥5,500/1 通	带状疱疹ワクチン	¥20,000/1 回
診療録等の開示（コピー）	¥ 22/1 枚	死亡診断書（ 1 通目）	¥5,500/1 通
画像情報 C D - R	¥1,100/1 枚	死亡診断書（ 2 通目以降）	¥2,200/1 通
とろみ調整食品「つるりんこ」	¥2,000/1 個	死後処置料（ご逝去時）	¥22,000/1 式

保険外負担の上記項目について費用が発生した場合、その費用を負担することに同意します。

記入日 年 月 日

東生駒病院 院長 様

住 所

患 者 氏 名

代筆者氏名

続
柄

入院費のお支払いについて

当院の入院費のご請求は、毎月末締め毎月1回となっております。
ご請求は翌月の10日すぎに、請求書および診療明細書をご指定の宛先に郵送いたします。

<お支払方法>

① 窓口支払（現金またはクレジットカード対応）

平 日：9：00～16：30

土 曜 日：9：00～11：30

※日曜祝日はご精算できません

② 銀行振込

銀 行 名：みずほ銀行（銀行コード：0001）

支 店 名：東大阪支店（店番号：484）

科 目：普通預金

口座番号：1576061

口座名義：医療法人社団松下会 東生駒病院

※ お振込み人の氏名、必ず患者様の氏名（フルネーム）にてお願いします。

※ 振込手数料は患者様側でのご負担となります。ご了承ください。

お支払い方法にかかわらず、月に一度の健康保険証等、またはマイナンバーカードのご提示による被保険者資格の確認にご協力をお願いいたします。

退院時のご請求書につきましては郵送しませんのでご了承ください。

また、退院のご精算時にも、必ず健康保険証等、またはマイナンバーカードをご提示ください。

医療法人社団松下会 東生駒病院

----- 切り取り -----

請求書の郵送先

住 所：	〒
氏 名：	

歯科検診における個人情報提供に関する同意書

医療法人社団 松下会 東生駒病院入院後、協力医療機関である医療法人大樹会 ヘぐり歯科による無料歯科検診を実施致しております。

その結果、治療が必要と判断された場合には、医療法人大樹会 ヘぐり歯科よりご家族様へ直接治療に関するご連絡をさせて頂きたく存じます。

その際、患者様の情報並びにご家族様のご連絡先等の情報を医療法人大樹会 ヘぐり歯科へ情報提供させて頂くこととなります。

ご連絡先の情報提供に関しまして、以下からご家族様のご意思に当てはまるものにチェックを付け、当施設までご提出をお願い致します。

☐ ① 上記に添う連絡先等の情報提供に同意する。

☐ ② 連絡先等の情報提供に同意しない。

令和 年 月 日

病棟 階 お部屋 号 ご入院患者様氏名

ご家族様氏名

①の同意する。にチェックされた方は、太枠の中のご記入をお願いします。

«患者様»

ふりがな

氏 名

性別

生年月日

«請求書送付先»

ふりがな

氏 名

電話番号

〒

ご住所

※病院記入欄

病名		
処方内容		添付薬剤情報参照
感染症の有無	有 ・ 無	感染症名

新規 ・ 再入院 （前回入院期間： . . ~ . . ）

[情報提供先] 医療法人大樹会 ヘぐり歯科

住所： 奈良県生駒郡平群町下垣外84-7 TEL： 0745-46-2488

※フリガナをお願いします。

入院相談 依頼書

患者名		男	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成
		女	年 月 日生まれ
住所	〒		
TEL			
入院中の場合 (病院名)		入所中の場合 (施設名)	

相談者氏名①			本人との続柄	
住所	〒			
TEL	自宅			
	携帯			
職場	電話			

相談者氏名②			本人との続柄	
住所	〒			
TEL	自宅			
	携帯			
職場	電話			

入院中病院以外のかかりつけ医	病名	もらっているお薬など

健康保険証等のコピーに関する同意書

医療法人社団 松下会においては、患者様の健康保険資格情報の確認において、下記目的以外に使用しない取り扱いをいたしますので、ご承諾お願いいたします。

記

- 1) 行政機関等との連絡
- 2) 支払機関への請求および自己負担金の確認
- 3) コンピュータ入力誤りの防止

上記の目的について、当院が健康保険証等のコピーを行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

同意者署名	
-------	--

医療法人社団松下会
理事長 平林 倫子 殿