

入院申込書（兼誓約書）兼個人情報収集に関する同意書

入院日（ 年 月 日）

医療法人溪仁会 札幌溪仁会リハビリテーション病院長 殿

私は、この度貴院の入院に際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守し、貴院に対し一切の迷惑をかけないことを身元引受人・連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

- 1 「入院のご案内」等にある貴院の諸規則や患者の責務並びに職員の指示、注意等を守り、診療や院内での生活等において貴院の指示に従います。
- 2 貴院の諸規則に従わなかった場合、また貴院で暴言・暴力、他の患者様への迷惑行為を行った場合は病院の措置に従います（入院診療の中断・退院）。
- 3 退院を指示された場合は、指定の期日に身元引受人の責任において引き取ります。
- 4 入院料その他の諸費用については、入院者、身元引受人又は連帯保証人が指定の期日までに遅延なく支払います。
- 5 連帯保証人は、前項4の支払について、極度額60万円の限度で連帯保証します。
- 6 別紙「個人情報利用の同意について」を確認し、定められた範囲内で個人情報を利用することに同意いたします。

【患者】

(ふりがな)		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名				
生年月日	年	月	日	
住所	〒	-		
連絡先	(自宅)	-	-	(携帯) - -
勤務先名		連絡先	-	-

【身元引受人兼連帯保証人】

(ふりがな)		患者との続柄		
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日	
住所	〒	-		
連絡先	(自宅)	-	-	(携帯) - -
勤務先名		連絡先	-	-

【連帯保証人（上記の”身元引受人兼連帯保証人”と別生計を立てられている方）】

(ふりがな)		患者との続柄		
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日	
住所	〒	-		
連絡先	(自宅)	-	-	(携帯) - -
勤務先名		連絡先	-	-

個人情報利用の同意について

当院では、患者さん・ご利用者の個人情報を、「医療の質方針」に則り、医療・介護・福祉サービスを提供する上での必要性から、以下のように運用管理しております。内容をご確認の上、個人情報の提供・運用に同意いただけます場合は、別紙（入院申込書 兼 個人情報収集に関する同意書）のご署名欄にご記載願います。

《 利用目的 》

1. 患者さん・ご利用者へ良質な保健・医療・福祉サービスを提供する為

患者さん・ご利用者への診療内容の説明、ご家族への説明、外部の医師等の意見・助言を求める場合、調剤薬局からの照会に対する返答、救急搬送時の搬送員との情報交換、救急隊のメディカルコントロール、他の医療・介護・福祉施設との連携、事業者から委託を受けた健康診断結果など。

2. 事務手続や保険業務を行う為

診療報酬・介護報酬請求業務、労働者災害補償保険や自賠責の手続など。

3. 行政上の業務への対応

厚生労働省等の保健・医療・福祉行政等にかかわる統計・調査への協力、公益性の高い疫学調査、保健所など公的機関に対する保健医療及び公衆衛生上の報告、病院立入検査や医療指導監査等への対応、公費負担医療に関わる行政機関へのレセプト提出など。

4. 経営分析や組織運営の為

経営・運営の為の基礎データ、サービスの向上・紹介を目的とした資料の郵送、組織内部への報告書作成、システム開発時のテストデータなど。また、公正なる第三者評価機関（ISO審査登録機関、日本医療機能評価機構等）による審査・調査など。また、溪仁会グループ内他法人へのサービス向上のための情報提供。

5. 医療の向上への寄与

臨床研究の為のデータ取得、医療従事者の教育や臨床研修、臨床治験など。

6. その他問合せ

患者さん・ご利用者の職場や学校等に対する情報提供、警察や裁判所からの問合せ、保険会社からの問合せ、審査支払機関または保険者からの照会への回答等。

—個人情報相談窓口—

●札幌溪仁会リハビリテーション病院 経営管理部 経営管理課 小村博幸 (TEL:011-640-7012)

●当法人を含めた溪仁会グループ全体の個人情報相談窓口

溪仁会グループ個人情報相談窓口 溪仁会法人本部情報システム部 (TEL:011-685-2991)

E-mail: personal_data@keijinkai.or.jp

2017年6月1日 溪仁会グループ最高責任者

田中 繁道

札幌溪仁会リハビリテーション病院長 横串 算敏