

社会医療法人 札幌清田病院 入院誓約書（レスパイト入院）

社会医療法人 札幌清田病院 山内 尚文 病院長殿

私は、レスパイト入院にあたり、下記事項に同意し、遵守することを誓約いたします。

記

1. 入院期間について

- ・今回の入院期間は、原則として最長 14 日間であることに同意いたします。
- ・退院日は、あらかじめ決定した日程に従い、入院期間の延長は原則として認められないことを了承いたします。

2. 検査・治療・他院受診の制限について

- ・レスパイト入院は「在宅介護におけるご家族の休養」を目的とするため、入院期間中に新たな病気の精査（検査）や積極的な治療（リハビリテーションを含む専門的な加療など）は行わないことに同意いたします。ただし、入院中に体調の変化が認められた場合には、必要に応じて検査や治療を行い、急性期病棟への転棟または専門医のいる医療機関への転院となる場合があることを了承いたします。
- ・入院期間中は、保険診療の規定により、他医療機関への受診（持病の定期受診や薬の処方を受ける行為を含む）が原則として認められないことを理解し、同意いたします。
- ・入院継続が困難となる容態変化等が生じた場合には、速やかに主治医および家族等へ連絡し、転院または退院等を含む今後の対応について協議することを了承いたします。

3. 入院費用の支払いについて

- ・入院にかかる費用および保険適用外の費用（衣類貸出、日用品等）については、貴院の規定に従い、速やかに支払うことに同意いたします。

4. 退院後の療養先について

- ・入院期間終了後は、速やかに自宅または指定の施設へ退院することに同意いたします。

以上

西暦 年 月 日

【患者本人】

住所：.....

氏名：..... 印

【身元保証人（兼 支払い保証人）】

住所：.....

氏名：..... 印（続柄：.....）

電話番号：.....