

## 防衛医科大学校達第5号

防衛医科大学校病院校費負担患者診療実施規則を次のように定める。

昭和53年5月9日

防衛医科大学校長代理  
防衛庁事務官 薄 田 浩

### 防衛医科大学校病院校費負担患者診療実施規則

(趣旨)

**第1条** この達は、防衛医科大学校病院（以下「病院」という。）における校費負担患者の診療の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(校費負担患者)

**第2条** この規則において「校費負担患者」とは、病院で診療を行う患者のうち、その診療が医学の教育及び研究に貢献するものと認められ、防衛医科大学校（以下「大学校」という。）が診療経費の全部又は一部を負担する患者をいう。

**第3条** 校費負担患者は、診療科の部長の申請に基づき、患者又はその親権を行う者、後見人、配偶者若しくは扶養義務者（以下「患者等」という。）の承諾を得て防衛医科大学校病院長（以下「病院長」という。）が予算の範囲内において指定するものとする。

2 前項の申請は、別記様式第1による校費負担患者申請書により、同項の承諾は、別記様式第2による校費負担患者承諾書により行うものとする。

3 校費負担患者の指定を行うに当たっては、当該患者の希望するものあるいは同意を得たものの他特に義務を課してはならない。

(指定の解除)

**第4条** 病院長は、校費負担患者に次の各号の一に該当する事実があった場合には、その事実の日をもってその指定を解除するものとする。

(1) 患者等の都合により診療を中止した場合

(2) 病院の定める規則その他の指示に従わず不都合な行為のあった場合

(3) 診療科の部長が校費負担患者としての必要性がなくなつたと認めた場合

(費用の負担)

**第5条** 校費負担患者に対して大学校が負担する費用は、次のとおりとする。ただし、初診料、診断書料及び証明書料は、負担する費用には含まれないものとする。

(1) 社会保険の給付又は公費負担医療の給付を受けられる患者にあっては、

これらを受けた後の診療経費の残額の全部又は一部  
(2) 社会保険の給付を受けられない患者にあつては、診療経費の全部又は一部

(報告)

**第6条** 校費負担患者の担当医は、第4条の規定により指定を解除した場合には、指定解除後60日以内に診療の経過を診療科部長を経て、別記様式第3による校費負担患者報告書により病院長に報告するものとする。

(診療記録の保存)

**第7条** 校費負担患者の診療に関する記録は、永久保存とする。

(委任規定)

**第8条** この達の実施に関し必要な事項は、病院長が定める。

#### 附 則

この達は、昭和53年5月9日から施行する。

別記様式第 1

受付番号

校費負担患者申請書

平成 年 月 日

防衛医科大学校病院長 殿

科部長 氏 名 ㊟

担当医 氏 名 ㊟

下記のとおり、校費負担患者の指定を申請します。

診 療 料	科		I D 番 号	
認 定 年 月 日	平 成 年 月 日	認 定 期 間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	
外来	入院	入院病室	階 東・西	病棟 号室
患 者 氏 名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	
現 住 所				
病 名				
申 請 理 由				
取 扱 区 分	全部・一部			
備 考				

別記様式第2

受付番号

校費負担患者承諾書

このたび校費負担患者として指定されましたうへは、貴院の規則その他指示事項を守り、治療に専念いたします。自己の都合により治療を中止した場合等校費負担患者として病院長が不相当と認めた場合は、その日をもって校費負担患者の指定を解除されることについて同意します。

平成 年 月 日

防衛医科大学校病院長 殿

承諾者 氏 名 ④

承 者	本籍地						
	現住所	□□□-□□		電話 ( ) - 番			
	氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生			
	勤務先 又は職業	電話 ( ) - 番					
諾 者	親配扶 権偶養 者者義 、若務 後し者 見く 人は	現住所	□□□-□□		電話 ( ) - 番		
		氏名	患者との続柄				
	勤務先 又は職業	電話 ( ) - 番					
診療科	科	外来	入院	初診	平成 年 月 日	I D 番号	
				入院	平成 年 月 日		
※ 指 定 年 月 日		平成 年 月 日					
※ 指 定 解 除 年 月 日		平成 年 月 日					

注：1 承諾者氏名は患者本人であること。ただし、未成年者又は本人が署名できない場合又は同意能力がない場合は、親権者、後見人、配偶者若しくは扶養義務者とする。

2 ※印は記入しない

別記様式第3

校費負担患者報告書

平成 年 月 日

防衛医科大学校病院長 殿

科部長 氏 名 ㊟

科部長 氏 名 ㊟

患者氏名		I D 番号	
診 断 名			
経過概要			
処理（学術報告、その他）			
解除理由	校費負担患者診療実施規則第4条第1号・第2号・第3号		