

入院申込書兼誓約書

年 月 日

今般入院するにあたり、入院治療に専念し「入院案内」等の注意事項・諸規則および下記の事項を遵守し、他の患者や貴院に迷惑をかけないことを誓約致しました。

記

1. 医師、看護師その他の職員からの治療・療養上必要な指示事項を守ります。
2. 病室の移動については、貴院の指示に従います。
3. 次の禁止行為により、退院勧告をされた場合には、それに応じます。
迷惑行為・暴力行為・ハラスメント行為・飲酒・喫煙・無断離院・無断外泊
4. 病院における貴重品の管理は自己の責任により行い、万が一紛失・盗難に遭った場合も病院の責任は問いません。
5. 施設内の居室や設備・器具を過失により破損もしくは紛失した場合は、弁償致します。
6. 入院料その他の諸費用については、貴院指定日までに遅滞なく支払います。
7. 退院を指示された場合には、理由の如何によらず指定の期日までに退院をします。
8. 患者本人の身上に関する一切の事項は、連帯保証人の責任において引き取ると同時に、患者本人が指定日までに諸費用を支払わない場合は、連帯保証人の責任において以下極度額の範囲で連帯して支払います。

極度額 500,000 円

入院者	ふりがな		明・大・昭・平 年 月 日生
	氏名	印	
	住所	〒	電話番号 — —
	勤務先	〒	電話番号 ()

施設の方は施設名を記入してください。

代筆者	ふりがな		患者様との 続柄・関係	配偶者 子
	氏名	印		子の配偶者 同居人 その他 ()
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	電話番号	—
	住所	〒		
	勤務先	〒	電話番号 ()	

連帯保証人*	ふりがな		患者様との 続柄・関係	配偶者 子
	氏名	印		子の配偶者 同居人 その他 ()
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	電話番号	—
	住所	〒		
	勤務先	〒	電話番号 ()	

*連帯保証人は、入院費等の支払いについて入院患者と連携して責任を負う方です。

*連帯保証人は、別世帯で独立の生計を営み、診療費の支払い能力のある方とします。