

入院申込兼誓約書及び保証書

記入日：20 年 月 日

黒木病院病院長 殿

貴院への入院に際して、医師等の指示に従い、下記事項及び入院案内等を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。万一、各種規則に違反したとき、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も貴院に迷惑をおかけしないことを申込者、身元保証人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

記

- 貴院の備品、器具などを破損もしくは紛失した場合は、弁償します。
- 次の行為があった場合は、警察への通報があると承知します。また、退院や転院を命令された場合はそれに応じます。
窃盗・脅迫・暴力行為
- 次の行為により、退院や転院を勧告された場合は、それに応じます。
**迷惑行為、酒類の持ち込み、飲酒、セクシャルハラスメント、無断外出・外泊
病院敷地内及び病院周辺路上等での喫煙**
- 退院の指示があった場合は、指定期日までに退院します。

上記1.～4.のことに同意のうえ、誓約いたします。				入院日	20 年 月 日
願 出 人	フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
	氏名	㊦	男 女		
	住所	〒 (—)	固定電話	- -	
	勤務先名		携帯電話	- -	
	所在地		電話番号	- -	
〈患者本人が未成年または意識障害等により、親権者又は後見人が願い出する場合には下記に記入してください。〉					
親権者または 後見人	フリガナ		患者との続柄		
	氏名	㊦			
上記の者の入院に際し、本人の身元を一切引き受けると同時に、入院料金の支払いについては、もし指定の期日までに願出人による診療費等の支払いが無かったときは、私が連帯して支払いの責任を持ちます。 対象は今後発生する入院費用一切。ただし、極度額は100万円とする。 《 ※保障の					
身 元 ・ 連 帯 保 証 人	フリガナ		患者との続柄	生年月日	大・昭・平 年 月 日生
	氏名	㊦			
	住所	〒 (—)	固定電話	- -	
	勤務先名		携帯電話	- -	
電話番号 - -					
※ 連帯保証人は、入院費の支払い能力のある方とします。					

◎ 身元保証人が上記の保証人と異なる場合のみこちらの記入をお願いします。					
身 元 保 証 人	フリガナ		患者との続柄	生年月日	大・昭・平 年 月 日生
	氏名	㊦			
	住所	〒 (—)	固定電話	- -	
	勤務先名		携帯電話	- -	
電話番号 - -					

※ **太い枠線内をすべてご記入ください。**また、「続柄」「電話番号」についても必ずご記入ください。

※ 入院後、**3日以内**に1階の「入院退院窓口」へご提出ください。

患者番号