

入院申込書兼誓約書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	㊟	男・女	大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
現住所	〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村		
	TEL(自宅)		TEL(携帯)
	メールアドレス	@	
勤務先			TEL
緊急連絡先	氏名	(患者との関係:)	TEL(自宅)
			TEL(携帯)
	氏名	(患者との関係:)	TEL(自宅)
			TEL(携帯)
高額療養費制度を利用する方へ、限度額情報を提供しますか。 (入院費が高額療養費制度を適用した金額になります)			提供する ・ 提供しない

社会福祉法人あそか会 あそか病院
病院長 田中 一正 殿

年 月 日

記

- ・ 貴院への入院を希望致します。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に記載された「入院中の日課」、「注意事項」を遵守し、貴院にご迷惑をお掛けする行為は致しません。万一、違反し、貴院より退院の指示があった場合も、異議は申しません。
 - ・ 貴院の備品、器具等を破損若しくは紛失した場合は弁償致します。
 - ・ 窃盗、脅迫、暴力行為が発覚した場合は、貴院の判断により、警察へ通報する場合がありますことを承知致します。
 - ・ 酒類の持ち込み(飲酒含む)、セクシャルハラスメント、病院敷地内での喫煙等の迷惑行為、無断外泊及び外出等、診療に支障をきたす行為が発覚し、退院を指示された場合はそれに従います。
 - ・ 退院の指示があった場合は、指定日時に退院致します。
- ・ 治療費及びそれに関わる費用等の支払いについては、連帯保証人の連帯責任において、一切、貴院にご迷惑をお掛け致しません。

ご面会の方への病室番号のご案内についての可否(どちらかを○で囲んでください。)	(可 ・ 否)
※ 特定の方のみの面会を希望される場合は、ナースステーションまでお申し出ください。	
※ 病状等により、ご面会をお断りする場合がございます。ご了承ください。	
※ ご希望を変更する場合は、ナースステーションまでお申し出ください。	

【身元保証人及び連帯保証人】

身元保証人兼連帯保証人氏名	㊟	患者との関係	
現住所	〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村		
	TEL(自宅)		TEL(携帯)
	メールアドレス	@	
保証限度額	円		

連帯保証人氏名	㊟	患者との関係	
現住所	〒 - 都・道 市・区 府・県 町・村		
	TEL(自宅)		TEL(携帯)
	メールアドレス	@	
保証限度額	円		

- ・ 私は、上記患者の治療費及びそれに関わる費用等の支払いについて連帯して責任を負い、上記患者が治療費及びそれらに関わる費用の支払いが出来ない場合、その責任のもと保証限度額の範囲内で支払います。
- ・ 私は、上記患者に対し、上記事項及び入院案内に記載された「入院中の日課」、「注意事項」を遵守させることを保証致します。
- ・ 上記患者の身元については身元保証人において一切引き受け、退院を指示された場合は指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。