

入院誓約書

紹介者

ID No.

フリガナ		男 ・ 女	現 住 所	
氏 名	様 (印)			電 話 番 号 ()
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 才			携帯電話番号 ()

入院日	年 月 日 午前 午後 時 分
退院日	年 月 日 午前 午後 時 分
転 帰	軽 快 ・ 転 医 ・ 中 止 ・ S T ・ その他 ()
診療科	科
病 室	病棟 号室

保険 ・ 自費 ・ 自賠 ・ 労災 ・ 生保		
入院保証金	¥	病 衣
		有 ・ 無

窓口対応者:

医療法人財団 明理会 イムス埼玉越谷病院 院長 殿

私は、今般貴院に入院いたします。ついては、貴院の諸規則ご指示はもちろん、下記のことを厳守し、万一履行出来ないときには、貴院にご迷惑おかけしないことを連帯保証人と連署の上、お約束いたします。

- 本人の身元については、保証人において一切引き受けます。
- 入院料その他諸料金は、ご指定通り、指定日までにお支払いいたします。
- 入院後規則等を守らない場合又はその他の理由で退院を命ぜられた場合は、指定の期日に保証人の責任において引き取ります。
- 入院されている期間中の貴重品や補助具(入れ歯、補聴器、メガネ、コンタクトレンズ等)は、患者本人、家族での管理をし、病状等により、補助具の装着・脱着・洗浄・収納を病院職員に依頼した際に起きた破損、紛失について、あきらかな故意または過失によるもの以外は賠償請求をいたしません。

連帯保証人	署名日 年 月 日	連帯保証人	署名日 年 月 日
氏 名 (印)		氏 名 (印)	
現住所		現住所	
電話番号 ()		電話番号 ()	
携帯電話番号 ()		携帯電話番号 ()	
勤務先名		勤務先名	
電話番号 ()		電話番号 ()	
患者様との続柄		患者様との続柄	
極度額		極度額	

※極度額とは、入院診療費、その他諸料金について、申込者が支払いをしなかった場合に、連帯保証人が引き受ける上限金額のことです。

締結日 年 月 日

退 院 許 可 書

科	号室
様	

入院日	年 月 日
退院日	年 月 日

※ この退院許可書を退院する病棟のナースステーションに提出してお帰りください。