

入院申込書(兼入院誓約書)

医療法人青峰会 くじらホスピタル院長様

入院日	年	月	日
保証金			

私は、貴院にて入院治療を受けることを承諾し、連帯保証人と連署した本書および別紙入院費支払誓約書を添えて入院の申し込みを致します。
貴院にて入院治療を受けるにあたり、下記の各事項および入院規則を遵守することを誓約します。

記

- 1. 貴院および主治医の治療方針に従い、入院療養に専念することをお約束します。
- 2. 入院等の治療関係諸費用(レンタル料含む)は、貴院のご指定の日時に遅滞なくお支払いいたします。
- 3. 貴院において貴重品の持ち込みが禁止されていることを承諾し、入院中持ち込んだ貴重品の紛失・毀損・盗難等により損害が生じた場合には、貴院に対して一切請求いたしません。
- 4. 故意または過失により貴院に損害を生じさせた場合には、一切の損害を賠償いたします。
- 5. 入院中、貴院の医師が他院(精神科含む)への受診や転院が必要と判断した場合には、医師の指示に従い協力いたします。
- 6. 貴院の規則または医師の指示に従わないとき、連帯保証人2名を確保できないときは、退院を命じられても異議を述べず、貴院に対して何らの請求もいたしません。
- 7. 貴院の入院形態が自由入院であることを理解し、入院中の無断外出や自傷行為等により損害が生じたとしても貴院に対して何らの請求もいたしません。

【確認事項】

- ご連絡先をいただいている関係機関(生活保護担当者・障害福祉担当・保健師・児童相談所・家庭支援センター・医療機関・入所中施設・利用中の施設など)より問い合わせがあった場合、必要に応じて病状や退院日をお伝えすることがあります。
- 集団感染予防のため、感染症に罹患された場合には、一旦自宅での療養をお願いすることがあります。
- 病院内における暴言、暴力行為、危険物・酒類の所持、飲酒、院内・敷地内での喫煙、性的逸脱行為、薬物の不正使用、過食嘔吐、政治活動、布教活動、営業活動、その他の迷惑行為は禁止しています。
- 当院では、危険物、酒類、貴重品、その他入院治療の妨げになるものの持ち込みを禁止しています。医療を安全に行うため、禁止物等の持ち込みが疑われる場合にはお荷物を点検させていただく場合があります。
- ICレコーダー・携帯・パソコン等による音声・映像録音は、固く禁止しております。院内が映り込む方法でのビデオ通話もお控え下さい。
- 院内の情報は、他の患者様のプライバシーに関する重要な情報を含んでいます。病院内で見聞きした情報について、ブログ、SNS等のインターネットを用いた情報発信またはその他の方法により、病院内に公表、開示、流出することは禁止しています。
- 当院では、患者様同士の金銭・物品の貸し借りまたは譲渡、電話番号・メールアドレス等の連絡手段の交換、写真撮影を禁止しています。
- 入院案内の説明を受け、同意致します。

患者様	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/>	診察券番号
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 -	自宅TEL — — 携帯TEL — —
	勤務先		勤務先TEL — —
	※ 生活保護を受給されている方は、地区(担当者)と連絡先をご記入下さい。 地区 (担当) TEL — —		

入院費のご請求先に○を、お付け下さい。【 ご本人様 連帯保証人① 連帯保証人② 】

私、連帯保証人①は、上記患者の入院に際して発生する全ての費用および損害につき、上記患者と連帯し極度額500万円を上限に保証することを約束します。

連帯保証人①	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/>	続柄	自宅TEL — — 携帯TEL — —
	住所	〒 -		勤務先TEL — — 病院名 可 / 不可(個人名:)
	勤務先		所在地	

- ※ 連帯保証人は、支払能力のある方で 1. 家族 2. 近親者 3. 独立の生計者 の中からお願い致します。
- ※ 連帯保証人2人(うち1人は別世帯)を立てていただくようお願い致します。
- ※ 連帯保証人①へのご記入は、保証人ご本人様の自筆で署名捺印(鉛筆不可)をお願い致します。
- 連帯保証人②へのご記入は、別紙入院費支払い誓約書に、保証人ご本人様の自筆で署名捺印(鉛筆不可)をお願い致します。
- ※ ㊟の欄には必ず押印をお願い致します。印鑑をお持ちでない方は、拇印をお願い致します。

3ヶ月以内の他院への入院の有無に○をお付けください。「はい」の方は、病院名と科をお書きになり、退院証明書をご提示ください。

「はい」 【病院名・科】 「いいえ」

入院費支払い誓約書

医療法人青峰会 くじらホスピタル院長様

私、連帯保証人②は、下記患者の入院に際して発生する全ての費用および損害につき、下記患者と連帯し極度額500万円を上限に保証することを約束します。

記

患者様	フリガナ 氏名	① 押印又は捺印		診察券番号
	生年月日	年	月	日
	住所	〒 -		自宅TEL — — 携帯TEL — —
	勤務先			勤務先TEL — —
	※ 生活保護を受給されている方は、地区(担当者)と連絡先をご記入下さい。 地区 (担当) TEL — —			

連帯保証人②	フリガナ 氏名	② 押印 又は捺印		続柄	自宅TEL — — 携帯TEL — —
	住所	〒 -		勤務先TEL — —	病院名 可 / 不可(個人名:)
	勤務先		所在地		

※ 連帯保証人は、支払能力のある方で 1. 家族 2. 近親者 3. 独立の生計者 の中からお願い致します。

※ 連帯保証人②へのご記入は、保証人ご本人様の自筆で署名捺印(鉛筆不可)をお願い致します。

※ ①の欄には必ず押印をお願い致します。印鑑をお持ちでない方は、捺印をお願い致します。