

入院誓約書

患者	住所	電話 ()		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月

上記の者は、この度、貴院への入院にあたり、入院中は貴院の諸規則、治療指示等は堅く守り、治療に専念します。又、下記事項に関しても決して貴院に迷惑をかけることを誓約します。

1. 本人及び身元引受人並びに保証人は、入院に関する諸規則その他の指示事項を守り、本人に関する一切のことは、身元引受人並びに保証人が責任をもってお受けします。
2. 医療行為についての説明を受け、同意したうえで、すべての診療内容について医師の判断、指示に従います。
3. 入院期間等については、主治医の指示に従います。
4. 入院診療費及びその他の費用は、指定の納期期限までに必ずお支払いいたします。延滞した場合は保証人が速やかに納入いたします。
5. 貸与品や備品を紛失、破損、汚損等の場合は、貴院の指示に従い弁償金をお支払いします。
6. 諸規則に違反し退院を命ぜられても、決して異議を申し立てず直ちに退院いたします。
7. 暴言・暴力やセクシャルハラスメント行為などがあり、警告に応じない場合は直ちに退院いたします。

誓約日: 令和 年 月 日

身元引受人兼保証人

住所 _____ 電話 _____
氏名 _____ (印) 患者との続柄 _____
勤務先 _____ 電話 _____

【連帯保証人記入欄】

私は入院診療費、その他の費用について身元引受人兼保証人と連帯して保証します。

署名日(締結日): 令和 年 月 日

連帯保証人(身元引受人兼保証人と別世帯で、支払能力を有する身元確実な成年者に限る)

住所 _____ 電話 _____
氏名 _____ (印) 患者との続柄 _____
勤務先 _____ 電話 _____

極度額 90 万円

※極度額とは、入院診療費、その他の費用について身元引受人兼保証人が支払いをしなかった場合連帯保証人が引き受ける上限金額のことです。

茨城リハビリテーション病院長 殿

事務使用欄

連絡日:

送付日: