

入院日: 令和 年 月 日

ID:

入院誓約書

永寿総合病院院長 殿

私は、貴院の入院診療を受けるにあたり、下記の事項を守り、他の患者や貴院に迷惑をかけることを誓約いたします。

記

- 病院の諸規則を守り、院内生活等については貴院の指示に従います。
- 病棟・病室の移動については、貴院の指示に従います。
- 入院料、その他の諸費用については、貴院指定日までにお支払いいたします。
- 患者本人が貴院指定日まで諸費用を支払わない場合は、連帯保証人の責任において支払います。
- 連帯保証人が責任を負う金額の上限(極度額)は、患者が保険診療の場合は 30 万円、自費診療の場合は 100 万円となることを承知しました。

【患者】※代筆の場合、患者様のご印鑑は不要です。

令和 年 月 日

フリガナ		印	生年	大正・昭和	年	月	日生
氏名			月日	平成・令和			
自宅電話	()	携帯	()				
住所	〒						
勤務先名称		電話	()				
所在地							

尚、入院中第三者(親族を含む)より部屋番号の問い合わせがあった場合、患者氏名を確認した上で、貴院より回答することに 同意します

同意しません

患者氏名 _____ 印

(患者本人が記入できない場合)代筆者氏名 _____ 印

【連帯保証人①】必ず自筆でご記入ください。

令和 年 月 日

フリガナ		印	続柄	(患者の)
氏名				
自宅電話	()	携帯	()	
住所	〒			
勤務先名称		電話	()	
所在地				

【連帯保証人②】必ず自筆でご記入ください。(お住まいが別の方)

令和 年 月 日

フリガナ		印	続柄	(患者の)
氏名				
自宅電話	()	携帯	()	
住所	〒			
勤務先名称		電話	()	
所在地				