

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

- 1. 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。
- 2. 病棟・病室の移動については、貴院の指示に従います。
- 3. 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。
- 4. 患者本人が貴院指
- 5. 連帯保証人が責任

押印(認印可)
 代筆の場合は押印不要

連帯保証人の責任において支払います。
 診療の場合は30万円、自費診療の場合は100万円とな

記入見本に従いご記入の上、**3階入退院受付へご提出ください。**

記入方法にご不明点等ございましたら、**3階入退院 受付、もしくは入退院係(03-3833-8381(代表))までお問い合わせください。**

入院誓約書記入見本

【患者】 ※代筆の場合、患者様のご印鑑は不要で 令和 〇年 〇月 〇日

フリガナ	エイジュ タロウ	生年 月日	大正・昭和 平成・令和
氏名	永寿 太郎	××年 ×月 ×日生	
自宅電話	03 (××××) ××××	携帯	080 (××××) ××××
住所	〒110-8645 東京都台東区東上野△丁目△番△号		
勤務先名称	株)〇〇〇	電話	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
所在地	東京都〇区〇〇〇丁目 〇 - 〇〇		

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

どちらか
チェック

同意します
 同意しません

患者氏名 永寿 太郎

(患者本人が記入できない場合)代筆者氏名

記入日

【患者】
 入院される患者さまの
 ①氏名②生年月日③電話番号④ご住所⑤勤務先(なければ未記入可)をご記入ください。代筆でも問題ありません。

【個人情報同意】
 個人情報の同意について
 ご一読の上同意欄にシ点とサイン、押印をしてください。「同意しません」の場合、ご親族を含む外部の方からのお問い合わせ全てに回答いたしませんので、予めご了承ください。

代筆の場合は代筆者氏名をご記入の上押印してください

【連帯保証人①】 必ず自筆でご記入ください。 令和 〇年 〇月 〇日

フリガナ	エイジュ ハナコ	続柄	(患者の) 妻
氏名	永寿 花子		
自宅電話	03 (××××) ××××	携帯	080 (××××) ××××
住所	〒110-8645 東京都台東区東上野△丁目△番△号		
勤務先名称	××××	電話	×× (××××) ××××
所在地	東京都××区×××町目 × - ××		

記入日

【連帯保証人①】
 患者さまと”同居されている”ご家族さまが”直筆”で記入の上押印してください。また住所は「同上」ではなく改めてご住所をご記入ください。印鑑は患者さまと同じでも問題ありません。独居の方は空欄のままでも問題ありません。

【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 〇年 〇月 〇日

フリガナ	エイジュ ジロウ	続柄	(患者の) 子
氏名	永寿 二郎		
自宅電話	044 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	携帯	090 (〇〇〇〇) 〇〇
住所	〒123-4567 神奈川県〇〇市〇〇区〇丁目〇-〇〇 〇〇マンション〇〇〇号		
勤務先名称	有)△△△社	電話	△△(△△△)△△△
所在地	東京都△△区△△ △丁目△-△△ △△ビル3階		

記入日

【連帯保証人②】
 患者さまと”別住所にお住まいの方”が”直筆”でご記入・押印ください。保証人②はご親族さま、ご友人さま、会社の方などなたでも記入可能です。
 こちらの欄の記入ができない場合、当院では保証金のお預けをお願いしております。保証金の額は保険負担割合により異なりますので、詳しくは3階入退院窓口までお問い合わせください。