

入院申込 兼 誓約書

まつもと整形救急外科病院院長 殿

入院に際して、下記の事項を遵守し、治療に専念いたします。
万一、下記の誓約事項に反したとき、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時に退院することを了承し、異議を申し立てません。

記

- 1. 医師、看護師、その他職員からの治療・療養上必要な指示事項を守ります。
- 2. 入院費およびその他入院中の療養に係る諸費用は、遅延なく支払います。退院の際に請求書が発行された場合、ただちに全額精算いたします。
- 3. 連帯保証人は、病院に対する入院費などの支払い責務について、患者本人またはその法定代理人などと連携して保証責務を負います。
- 4. 万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払い請求を受ける旨を了承いたします。

以上のことを誓約し、貴院への入院を申し込みます。

入院日 (西暦) 年 月 日

患者本人	現住所 〒		
	氏名	電話番号	
	生年月日 (西暦) 年 月 日	性別	

連帯保証人	現住所 〒		
	氏名	固定電話	
		携帯電話	
	患者との続柄	職業	

記入にあたっての注意事項

- 連帯保証人については、患者ご本人とは原則別世帯で、独立した生計を営んでおられる方を選定してください。
- 入院を申し込むにあたり、患者様の容態によりご本人からの了解を得られることが困難であるときは、ご家族の了解をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者とします。)