

## 入院誓約書

この度、貴院へ入院するにあたり諸規則を厳守し職員の指示、院内掲示物等による指示に従う事を誓約します。

1. 貴院の諸規則に違反し、または貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申立てません。
2. 入院費、その他入院中の療養に係る諸費用に関しては遅滞なく支払い、退院の際に請求書が発行された場合は、退院時に全額清算いたします。入院中に生じた物品の破損等に関する費用も全額精算します。
3. 貴院に対する入院費等の支払い債務につきましては、連帯保証人は患者本人またはその法定代理人等と連帯して保証債務を負います。入院中に生じた物品の破損等による債務についても同様です。
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請求を受ける旨了承いたします。
5. 退院の指示があった場合は速やかに届出します。
6. 保険証等の変更があった場合は速やかに届出します。
7. 入院病室の患者様の氏名の表示について承諾( します ・ しません )。(どちらか○で囲んでください)

入院患者様	氏名(フリガナ) <span style="float: right;">印</span>	男 女	年齢 歳	生年月日 明・大・昭・平	連絡先(自宅) ☎
	現住所(〒 - )	勤務先		勤務先 ☎	
入院申込者様	氏名(フリガナ) <span style="float: right;">印</span>	患者様とのご関係		連絡先(自宅) ☎	携帯 ☎
	現住所(〒 - )	勤務先		勤務先 ☎	

以下の連帯保証人欄は必ず自書・捺印をお願いします。

身元引受人兼連帯保証人	氏名(フリガナ) <span style="float: right;">印</span>	患者様とのご関係	連絡先(自宅) ☎	携帯 ☎
	現住所(〒 - )	勤務先		勤務先 ☎

連帯保証人	氏名(フリガナ) <span style="float: right;">印</span>	患者様とのご関係	連絡先(自宅) ☎	携帯 ☎
	現住所(〒 - )	勤務先		勤務先 ☎
連帯保証限度額		30 万円		

※ 連絡の先他の	氏名(フリガナ)	患者様とのご関係	連絡先(自宅) ☎	携帯 ☎
	現住所(〒 - )	勤務先		勤務先 ☎

※その他の連絡先は上記2名の方とは別の連絡先をお願いします。

<入院誓約書のご提出について>

1. 入院申込者は、患者様ご本人または被扶養者の方をお願いします。
2. 身元引受人は、家族で成人の方を記入してください。
3. 身元引受人と連帯保証人は別の方をお願いします。
4. この入院誓約書は入院の際必ず提出してください。(原則1週間以内でお願いします)
5. 自宅からのオムツの持ち込みは原則御遠慮願います。なお持ち込みの場合は別途、処理代金を頂戴いたします。

# 個人情報保護法による患者様の意思の決定

個人情報保護法により、患者様の病状をご家族に話す場合にご本人の同意が必要になりました。  
これにより、次の事項にお答えください。

記入日付 年 月 日

患者様のご氏名 \_\_\_\_\_ ご回答者様氏名 \_\_\_\_\_

病状をお話して良いご家族の方の氏名 : ご関係 :

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| ① | _____ | _____ |
| ② | _____ | _____ |
| ③ | _____ | _____ |
| ④ | _____ | _____ |
| ⑤ | _____ | _____ |
| ⑥ | _____ | _____ |
| ⑦ | _____ | _____ |

病状をお話してはいけないご家族の方の氏名 : ご関係 : (特に制限はなし)

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| ① | _____ | _____ |
| ② | _____ | _____ |
| ③ | _____ | _____ |
| ④ | _____ | _____ |
| ⑤ | _____ | _____ |
| ⑥ | _____ | _____ |
| ⑦ | _____ | _____ |

病院記入欄

病棟 号室

社保 ・ 国保 ・ (本人・家族) ・ 後期

生保 ・ 自費

入院日 年 月 日

ちくし那珂川病院 院長 池田 泰治