

入院誓約書

今般貴院に入院するにあたり、入院治療に専念し「入院案内」等の注意事項・諸規則を遵守し、他の患者や貴院に迷惑をかけることを誓約いたします。

また、下記諸事項を確認のうえ、三者の責任において署名・押印します。

1. 入院中は医師その他病院職員の指示に従います。
2. 入院料その他の諸費用については、貴院指定日までに遅滞なくお支払いいたします。
3. 病棟・病室の移動については、貴院の指示に従います。
4. 保険証・住所等の変更は、遅滞なくお知らせいたします。
5. 医師より退院の指示があった場合、理由の如何によらず指定の期日までに退院をします。
6. 患者本人が指定日までに諸費用を支払わない場合は、連帯保証人は極度額 100 万円の範囲でお支払いいたします。

太枠内漏れなく記入・署名・押印をお願いします。ボールペンで記入をお願いします。

フリガナ			(未成年の場合) 保護者氏名	
患者氏名	(印)		(連帯債務者)	(印)
生年月日	年 月 日生		男 ・ 女	
住 所	〒 - 県 市 町 府 郡 村			
電話番号	()		勤務先名称	
携帯番号	()		勤務先電話	()
身元引受人兼連帯保証人			連帯保証人	
フリガナ	フリガナ		フリガナ	
(家族)氏名	(印)		氏 名	(印)
続 柄	患者の 〒 -		続 柄	患者の 〒 -
住 所			住 所	
電 話	()		電 話	()
勤務先名称			勤務先名称	
勤務先電話	()		勤務先電話	()
注)連帯保証人は、独立の生計を営む成人の方。				
西暦 年 月 日 奈良県立医科大学附属病院長 殿				
入 院 日	年 月 日		退 院 日	年 月 日
診 療 科			病 室	棟 階 号室

※入院予約の方 入院当日までに身元引受人・連帯保証人の署名・押印を済ませ入院手続きの際、必ずお持ちください。

※当日入院の方 連帯保証人の方が来院できない場合は、入院後5日以内に記入のうえお持ちください。

入院時には入退院・救急受付(⑦番)にマイナ保険証もしくは健康保険証をご提示ください。