

入院申込書（兼誓約書）

医療法人社団 広崎会 さくら病院 院長 殿

記入日：令和 年 月 日

入院者	ふりがな		性別	生 年 月 日		
	氏名	Ⓜ		男・女	大・昭 平・令	年 月 日
	住所	〒				
		都 道 府 県	市 郡	区 町		
	電話番号	携帯（ ）		—		自宅（ ）
勤務先			勤務先電話番号	（ ） —		
身元引受人（キーパーソン）	ふりがな		性別	入院者との関係		
	氏名	Ⓜ		男・女		
	住所	〒				
		都 道 府 県	市 郡	区 町		
	電話番号	携帯（ ）		—		自宅（ ）
勤務先			勤務先電話番号	（ ） —		

※第一連絡者（キーパーソン）については、別紙（キーパーソン（患者側責任者）について）のとおりです。

入院に際しては、下記を含めた院内の諸規則を遵守し、いかなる場合も貴院にご迷惑をおかけしない事を誓約いたします。

誓約事項 ※ 内容をご確認の上☑をお願いします

- 入院料・その他諸費用は、指定の期日までに全額を支払います。万一滞納が生じた場合は、連帯保証人と共に責任をもって納入します。
- すべての患者様が等しく適切な医療を受けるために、他の患者様や病院職員に迷惑となる行為はいたしません。また、病院敷地内で喫煙・飲酒をしない事を約束します。
- 万一、各種規則に違反した時、または他の患者様の迷惑になると判断された時は、貴院の指示に従い即時退院する事を了承します。
- 施設内の居室や設備・器具は、本来の用法に従って利用します。故意または過失により、貴院に損害が生じた場合は、損害賠償の責任を負います。
- 退院を指示された場合は、指定の期日までに退院します。
- 外出・外泊をする際は、医師の許可を得て、診療上の注意を厳守します。無断で外出・外泊をしたり、診療上の注意を守らなかった為に、容態の急変や事故などが発生した場合は、貴院には一切の責任を求めません。

入院者（若しくはキーパーソン）署名 _____

入院者名【 _____ 】

記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 連帯保証人は、入院者及び身元引受人と世帯を異にする方で、支払い能力のある方となります。

連帯保証人	私（連帯保証人）は、上記入院者の身元に関する一切の事項及び入院中に発生した一切の責務について、連帯してその責任を負う事を誓います。			
	ふりがな		性別	入院者との関係
	氏名	Ⓜ	男・女	
	住所	〒 _____ - _____ - _____ 都道府県 _____ 市郡 _____ 区町 _____		
	電話番号	携帯（ _____ ） - _____ 自宅（ _____ ） - _____		
	勤務先		勤務先電話番号	（ _____ ） - _____
	限度額	500,000 円		

※連帯保証人欄が御本人様の直筆でない場合は確認をさせていただきます。

病院確認欄	確認日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分確認を行った。 確認者： _____
-------	--

身元引受人及び連帯保証人と異なるご家族がいらっしゃる場合、以下にご記入をお願いします。

ご家族①	ふりがな		性別	続柄
	氏名	Ⓜ	男・女	
	住所	〒 _____ - _____ - _____ 都道府県 _____ 市郡 _____ 区町 _____		
	電話番号	携帯（ _____ ） - _____ 自宅（ _____ ） - _____		
	勤務先		勤務先電話番号	（ _____ ） - _____
ご家族②	ふりがな		性別	続柄
	氏名	Ⓜ	男・女	
	住所	〒 _____ - _____ - _____ 都道府県 _____ 市郡 _____ 区町 _____		
	電話番号	携帯（ _____ ） - _____ 自宅（ _____ ） - _____		
	勤務先		勤務先電話番号	（ _____ ） - _____

第一連絡者（キーパーソン）・第二連絡者について

第一連絡者へご連絡がつかなかった場合に第二連絡者へご連絡させていただきます。
連絡先に変更があった場合は、速やかに受付にお知らせ下さい

第一連絡者（キーパーソン）	身元引受人（キーパーソン）
第二連絡者	<input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> ご家族① <input type="checkbox"/> ご家族②

入院費支払について	支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 窓口支払 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	主支払者 <small>（金銭を管理されている方）</small>	<input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 身元引受人 <input type="checkbox"/> ご家族① <input type="checkbox"/> ご家族② ※主支払者の方より支払が滞った場合は、連帯保証人様へ連絡をさせていただきます。

医事確認	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ
------	---	---	---	---