

入院申込兼誓約書

社会医療法人福西会

福西会病院 病院長 殿

貴院への入院を申し込みます。入院に際して、下記の事項を遵守し治療に専念致します。万一、下記の誓約事項に違反したとき、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退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を誓約致します。

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、敷地内での禁煙を守り酒類の持ち込み飲酒は致しません。
- 3、セクハラ発言及び行為、暴力行為、極端な内容の要求や時間外における執拗な職員への質問などしません。
- 4、施設内の居室や設備・器具を故意または過失により破損もしくは紛失した場合は、弁償します。
- 5、入院中に行ったすべての診療行為に係る治療費（治療による合併症や転倒・転落による外傷の治療費等）や個室使用料、その他の料金について指定された日に遅滞なく支払います。
なお、万一滞納が生じた場合は、連帯保証人が極度額（30万円）の範囲内で支払うことを保証します。
- 6、病状等により、病室、病棟の移動が必要、または転院が必要な場合病院の指示に従います。
- 7、退院を指示された場合は、速やかに指示に従います。

記入年月日 令和 年 月 日

本人	フリガナ 氏名	印	明・大・昭・平 年 月 日生
	住所		電話 — — 携帯 — —
	勤務先名		電話 — —
身元 引受人	▲身元引受人は患者の一身上のことを引き受けてくれる方です		
	フリガナ		患者との続柄
	氏名	印	本人から見て
	住所		電話 — — 携帯 — —
連帯 保証人	▲連帯保証人は入院費の支払いについて入院患者と連携して責任を負う方です 会社員・公務員、自営業、一定の年金収入のある方であれば身元引受人を兼ねても構いません		
	フリガナ		患者との続柄
	氏名	印	本人から見て
	住所		電話 — — 携帯 — —
	勤務先名		電話 — —
	極度額	300,000円	裏面もご記入ください。

入院期間の申告書

社会医療法人福西会 福西会病院 病院長殿

○過去3ヶ月以内に他医療機関へ入院されたことがありますか。
は い ・ い い え

○はい と記入された患者さんは下記をご記入下さい。

他医療機関の入退院状況

医療機関名①				
入院年月日	令和	年	月	日
退院年月日	令和	年	月	日
傷病名				

医療機関名②				
入院年月日	令和	年	月	日
退院年月日	令和	年	月	日
傷病名				

本申告書で虚偽の報告を行った場合は、それによって発生する損失について、後日費用を徴収される場合があります。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

続柄()