

入院誓約書

令和 年 月 日

土谷総合病院 院長 殿

私は、このたびの入院に際しては、入院案内の事項および下記事項を守り、貴院に迷惑をかけません。万一、違反した時には、退院を命じられても異議は申しません。連帯保証人連署のうえ、誓約します。

記

(※内容を理解し同意いただきましたら□にレ(チェック)を記入ください。)

- 1. 診療費等の支払いについては、連帯保証人との連帯責任において必ずお支払します。
- 2. 貴院の備品、器具などを破損もしくは紛失した場合は、弁償します。
- 3. 次の行為があった場合は、警察へ通報があることを承知します。また、退院を命じられた場合は、それに応じます。
 - 1) 他の患者さんや職員が不快に思う行為や暴力行為があった場合
 - 2) 大声、暴言または脅迫行為により他の患者さんに迷惑を及ぼしたり、職員の業務を妨げた場合。
 - 3) 解決しがたい要求を繰り返し行い、診療業務を妨げた場合
 - 4) 受診に必要なない危険な物品を持ち込んだ場合
- 4. 次の行為により、退院を命じられた場合は、それに応じます。
 - 1) 病院内、病院敷地内での喫煙
 - 2) 飲酒
- 5. 退院の指示があった場合は指定期日までに退院します。
- 6. 院内で知り得たいかなる個人情報もインターネットを含め他へ漏えいしません。

署名 _____

| 左記1~6のことに同意の上、誓約致します。 | | | | | |
|-----------------------|--|--------|----|---------|-----|
| 患者 | フリガナ | | 生年 | T・S・H・R | 性別 |
| | 氏名 | 印 | 月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| | 現住所 | (〒 -) | | | |
| | TEL | | | | |
| 願出人 | 患者本人が未成年または意識障害、心神喪失等により、親権者または後見人が願い出する場合には、以下もご記入下さい。 | | | | |
| | 親権者又は後見人 | フリガナ | | 患者との続柄 | |
| | 氏名 | 印 | | | |
| | 現住所 | (〒 -) | | | |
| TEL | | | | | |
| 勤務先 | TEL | | | | |
| 連帯保証人 | フリガナ | | 生年 | T・S・H | 性別 |
| | 氏名 | 印 | 月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| | 現住所 | (〒 -) | | | |
| | TEL | | | | |
| | 勤務先 | TEL | | | |
| 極度額 | 私はこのたびの入院申し込みにかかる患者の診療により生じる債務の元本、違約金、損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について 30万円 を限度として、申込人と連帯して支払いの責任を持ちます。 | | | | |