

白子ウィメンズホスピタル院長 様

入 院 誓 約 書

このたび、貴院に入院するにあたり、貴院の諸規則や下記の事項について十分な説明を受け、ここに連帯保証人と連署をもって誓約及び承諾いたします。

記

【誓約事項】

1. 貴院の諸規則及び診療上の職員の指示を遵守します。
2. 診療に関する患者負担の費用については、貴院から請求があり次第、遅滞なく支払います。
遅滞の場合には、連帯保証人が私と連帯して責任を負います。
ただし、極度額は、貴院との協議の上決定した 100 万円とします。
3. 貴院は産科施設であり、**敷地内全面禁煙、禁酒**となっていることを承知しています。
喫煙もしくは飲酒が判明した場合は、即日退院指示にも従います。
4. 連帯保証人に変更が生じた場合は、新たな連帯保証人を選定し、速やかに貴院に届け出いたします。

【承諾事項】

1. 入院中は当院職員の指示に従って頂く必要があります。万一指示に従うことなく、その行動の結果としての事故につきましては、責任を負いかねることがありますので、ご了承下さい。
2. 入院時は、自家用車の持ち込みはご遠慮下さい。やむを得ず持ち込みされる場合は、車両番号をお知らせ下さい。万一車上荒らし等の被害に遭われても、当院は責任を負いませんのでご了承下さい。
3. パソコン及び電気器具等は院長の許可を受けて使用して下さい。但し、停電等によるトラブルが発生しても当院は責任を負いませんのでご了承下さい。
4. 連帯保証人は、患者ご本人とは独立した生計を営んでいる、支払能力を有する成人の方（有職者）で、できるだけ鈴鹿市内の方を選定して下さい。また、連帯保証人の方に連絡を取らせて頂くことがありますので、ご了承下さい。
5. 院内の備品及び内装等に故意・過失によりキズ・汚れ等を付けた場合、実費請求させていただきますので、ご了承下さい。
6. 外来休診日に退院となる場合は、クレジットカードでのお支払いはできません。退院前日に一旦現金をお預かりし、後日清算させていただきます。
やむをえず現金をご準備できない場合は、退院当日に病棟にて預からせていただきます。
精算と領収書のお渡しは後日お越しいただいた際にさせていただきますので、ご了承ください。

以上

記入日 年 月 日

患 者	住 所		〒		
	ふりがな 氏 名		印		電 話
					携帯電話
	生年月日		昭 ・ 平 年 月 日 歳		
	職 業				
	勤 務 先	名 称			
所在地		〒			
		電 話			

連 帯 保 証 人 ／ 親 族	住 所		〒		電 話
	ふりがな 氏 名		印		携帯電話
	生年月日		昭 ・ 平 年 月 日		患者との 続き柄
	職 業				
	勤 務 先	名 称			
所在地		〒			
		電 話			

連 帯 保 証 人	住 所		〒		電 話
	ふりがな 氏 名		印		携帯電話
	生年月日		昭 ・ 平 年 月 日		患者との 続き柄
	職 業				
	勤 務 先	名 称			
所在地		〒			
		電 話			

【記入上の注意】

- ① 黒のインクまたはボールペンでご記入下さい。
- ② 提出の際には、記入漏れがないこと、押印されていることをご確認下さい。
- ③ 入院時に必ずご提出下さい。ご提出の無い場合は、入院して頂けない場合もありますのでご注意ください。

※ 受領日： 年 月 日

(確認1：受付)	(確認2：外来看護師)	(確認3：病棟看護師)
(特記事項)		