

# 入院申込書（兼誓約書）

医療法人社団 青泉会

下北沢病院 院長殿

この度、貴院での入院治療をうけるにあたり、身元引受人および連帯保証人連署の上申し込みいたします。また、下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

## 記

- 入院中は貴院の諸規則を厳守し、医師、看護師およびその他職員の指示に従います。万一、貴院の諸規則に違反し、または貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立ていたしません。
- 飲酒や喫煙、暴言、暴力・セクハラ行為、ならびに医師に無許可での院内への刃物（ハサミ、果物ナイフやT字カミソリなどを含む）その他の危険物の持ち込み、間食および外出をいたしません。
- 施設内の居室や設備・器具を故意または過失により破損または紛失した場合は、弁償いたします。
- 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を含む）個室使用料およびその他の料金（以下「治療費等」）について指定された日に支払います。滞納が生じた場合は、保証金を充当します。連帯保証人は、極度額（50万円）の範囲内で未払いの治療費等を支払うことを保証します。
- 病状等により、病室、病棟の移動、または転院が必要な場合は、病院の指示に従います。
- 入院者の身元については、身元引受人および連帯保証人が責任を持って一切を引き受けます。
- 退院を指示された場合は、指定の期日に身元引受人の責任において引き取ります。

入院者	ふりがな 氏名	㊦	記載日	令和	年	月	日
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	（	歳）
	住所	〒	TEL:	—	—	携帯:	—
	勤務先		TEL:	—	—		
身元引受人	ふりがな 氏名	㊦	（入院者との続柄）				
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	（	歳）
	住所	〒	TEL:	—	—	携帯:	—
	勤務先		TEL:	—	—		

（身元引受人は、同居されている家族、身近な親族の方がご記入するようお願いいたします）。

連帯保証人	ふりがな 氏名	㊦	（入院者との続柄）				
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	（	歳）
	住所	〒	TEL:	—	—	携帯:	—
	勤務先		TEL:	—	—		
	誓約	・上記入院患者の身元の引き受けについて連帯して責任を負うことを誓います。また、入院中の医療費等が万一未納になった場合は、下記限度額を限度として私（連帯保証人）が責任を持って支払います。 極度額（保証の上限額）：50万円					

（連帯保証人は、成年者であっても入院者とは別に生計を営んでいる方になっていただくようお願いいたします）。