

入院誓約書

埼玉みさと総合リハビリテーション病院院長 殿

私は貴院に入院するにあたり、貴院の諸規則及び注意事項を遵守し、下記の諸事項を確認のうえ、他の患者や貴院に迷惑をかけないことを誓約いたします。

1. 入院中は医師その他病院職員の指示に従います。
2. 患者の身元については、連帯保証人において一切を引き受けます。
3. 入院費その他の諸費用については、貴院の指定する期日までに遅滞なく支払います。また、患者本人が指定期日までに諸費用を支払わない場合は、連帯保証人の責任において支払います。
4. 病状、その他により集中的な治療・検査などのため、他医療機関への受診あるいは転院が必要な場合は、貴院の指示に従います。
5. 病棟・病室の移動については、貴院の指示に従います。
6. 医師の判断により退院の指示があった場合には、理由の如何によらず指定の期日までに退院いたします。
7. 入院中、貴院の所有物、医療機器などを破損した場合は実費にて弁償いたします。
8. 入院中、院内での喫煙、飲酒を含む当院規則に違反した場合、あるいは布教活動・勧誘活動・政治活動・販売行為等の迷惑行為などにより院内の秩序を乱した場合は、早急に退院いたします。
9. 貴重品、金銭の管理は患者本人又は保証人が行い、盗難、紛失などに際して貴院には責任を求めません。
10. 他医療機関への受診あるいは転院などの目的で、他医療機関に対して個人情報の提供が必要な場合にはこれに同意いたします。

患者氏名 _____ 印

現住所 〒 _____

電話 _____ () _____ 携帯 _____ () _____

勤務先名称 _____

勤務先電話 _____ () _____

保証人

氏名 _____ 印（患者との続柄： _____）

現住所 〒 _____

電話 _____ () _____ 携帯 _____ () _____

勤務先名称 _____ 極度額： _____

勤務先電話 _____ () _____ 締結日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

連帯保証人

氏名 _____ 印（患者との続柄： _____）

現住所 〒 _____

電話 _____ () _____ 携帯 _____ () _____

勤務先名称 _____ 極度額： _____

勤務先電話 _____ () _____ 締結日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 月 _____ 日