

入院誓約書

病院長 殿

患者氏名 _____ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(才)

現住所 〒 _____ 電話 () _____

勤務先 〒 _____ 電話 () _____

この度貴院に入院いたしますが、下記事項を守る事を誓約致します。
また万一違背しました場合は退院を命ぜられましても異議を申しません。

記

◎入院日 年 月 日 号室 (人部屋・室料 円)

- (1) 貴院の諸規則、指示を守り他に迷惑をお掛け致しません。
- (2) 治療に関しましては一切お任せし、家族等におきましても異議を申しません。
- (3) 貴院の室料差額につきましてはすべて了解の上入院致します。なお病床管理の都合及び症状に応じて、希望と異なる部屋を使用した場合も異議を申しません。
- (4) 入院料その他諸料金は所定の期限までに遅滞なくお支払い致します。

以上

入院保証書

上記誓約項目(1)(2)(3)(4)は承知致しました。又、患者本人にはこれを堅く守らせます。
万一、費用を滞納致しました場合は、保証人で責任を持ってお支払い致します。

保証人(家族) _____ 関係 _____

住所 〒 _____ 電話 () _____

勤務先 _____ 電話 () _____

保証人 _____ 関係 _____

住所 〒 _____ 電話 () _____

勤務先 _____ 電話 () _____

◎ご本人様ご希望により 年 月 日 より 号室(人部屋・ 円)へ移室

※差額ベット代金については、了解・同意されての移室です。

氏名 _____

医)正正会 分野病院