

入院申込書（兼誓約書）

この度、貴院へ入院するにあたり、貴院諸規則を厳守し、貴院職員の指示に従うことを誓約します。
 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。
 ・入院費、その他入院中の療養に係る諸費用に関しては遅滞なく支払い、退院の際に請求書が発行された場合は、退院時に全額精算します。
 ・貴院に対する入院治療費等の支払債務について連帯保証人は患者本人またはその法定代理人等と連帯して保証債務を負います。
 ・万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払い請求を受ける旨了承します

入院者	ふりがな 氏名	Ⓜ	記載日	平成	年	月	日
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)					
	住所	〒	TEL:	-	-		
				携帯:	-	-	
			TEL:	-	-		
代筆者		※入院者と記載者が異なる場合のみ記載		代筆者 TEL			
連帯保証人①	ふりがな 氏名	Ⓜ (入院者との続柄)					
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)					
	住所	〒	TEL:	-	-		
				携帯:	-	-	
			TEL:	-	-		
連帯保証人②	ふりがな 氏名	Ⓜ (入院者との続柄)					
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)					
	住所	〒	TEL:	-	-		
				携帯:	-	-	
			TEL:	-	-		

入院費 ※ご確認の上、該当項目に お願いいたします。

前月末締めで毎月 10 日に請求書を発行しますので、同月 20 日までに現金でお支払いください。請求書のお渡しにつきましては、以下のいずれかを選択いただけます。

- 入院者へお渡し 来院時ご家族へお渡し その他 ()

お部屋/追加費用に関して ※ご確認の上、該当項目に お願いいたします。

入院する部屋に関しては、下記を希望します。(状況によってはご希望に添えない場合がございます)

- 多床室 (大部屋) 個室 A 個室 B 2 床室 (回復期リハビリテーション病棟のみ)
- 多床室 (大部屋) 利用の際は、床頭台 (テレビ・冷蔵庫等) の使用料として 310 円/日がかかることを了承します。
- (他の患者さん含む) 病状・病態によって、ベッド (病室) 移動や病棟間の移動に関して了承します。その際、多床室 (大部屋) などご希望に添えない場合がございます。また室料差額が必要となることもございます。

面会希望者等への対応/個人情報の取り扱いに関する対応

面会希望者等からの入院の有無のお問合せに対しては原則お断りしております。また、誤認等の事故防止のため、氏名による呼び出し、病室内外の氏名の表示しております。特にお断りになりたい場合は予め医事課窓口または医療支援室までお申し出ください。

..... 以下病院使用欄

入院説明者	/	医事課受付者	/
-------	---	--------	---