

ID:

氏名:

【 入院申込書兼誓約書 】

社会医療法人 禎心会

札幌禎心会病院 院長 徳田 禎久 殿

20 年 月 日

- 貴院に入院の上は、医師並びに関係職員の指示事項は厳守いたします。
- 貴院の治療内容、手術内容・造影検査等の処置などの経過予想等について十分納得した上で承諾し、その施行を依頼します。
- 入院費用は、入院中の場合は毎月20日までに、退院の場合は退院時に全額お支払いいたします。
- 私物の紛失及び破損等については自己責任といたします。
- テレビ・冷蔵庫の持ち込みは禁止いたします。
- 上記の事項を万が一違反の場合は、退院を命ぜられても異議は申しません。
- 本誓約書は入院費用完済まで有効とする。
- 入院費用等についての支払いができない場合には、保証会社であるジェイリース株式会社が代位弁済し、同社又は同社が提携する保険会社が代位弁済に基づく求償等を行う場合があることに同意いたします。
- 裏面の「個人情報の取扱に関する同意書」に同意のうえ入院申込を行います。

以上の項目を承諾の上、入院を申し込みます。

《本人》 ※ご入院される患者氏名を記載願います。

フリガナ			生年 月 日	明・大・昭・平・令
患者氏名			年	月 日生
郵便番号	—	住 所		
電話番号	自 宅 () —	携帯電話	— —	
勤務先	会社名	電話番号 () —		
	住 所			

《代筆者》 ※事情により患者ご本人様が記入いただけない場合は、以下の代筆者欄に記載願います。

フリガナ			患者との関係	代筆理由
氏 名				
郵便番号	—	住 所		
電話番号	自 宅 () —	携帯電話	— —	

《親権者又は後见人》 ※ご入院される患者様が未成年の場合に記載願います。

フリガナ			生年 月 日	明・大・昭・平・令
氏 名			年	月 日生
郵便番号	—	住 所		
電話番号	自 宅 () —	携帯電話	— —	
勤務先	会社名	電話番号 () —		
	住 所			

《身元引受人》

フリガナ			患者との関係	
氏 名				
郵便番号	—	住 所		
電話番号	自 宅 () —	携帯電話	— —	