

入院申込書(兼誓約書)兼個人情報利用に関する同意書

入院日: 令和 年 月 日

医療法人 聖愛会 発寒リハビリテーション病院 院長 殿

私は、この度貴院の入院に際し、下記を含めた諸規則を遵守し、貴院に対し一切の迷惑をかけないことを身元保証人・連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

- 「入院のご案内」等にある貴院の諸規則や患者の責務並びに職員の指示、注意等を守り、診療や院内での生活等において貴院の指示に従います。
- 貴院の諸規則に従わなかった場合、また貴院で暴言・暴力、他の患者様への迷惑行為を行った場合は病院の措置に従います(入院診療の中断・退院)。
- 入院者が退院となった場合(死亡退院や院内規則に反したことを理由とする退院を含む)には、身元引受人又は連帯保証人の責任において、指定の期日までに退院手続きを完了いたします。
- 入院料その他の諸費用を、入院者、身元引受人又は連帯保証人が指定の期日までに責任をもって全額(ただし、連帯保証人の責任の極度額は60万円とする)を支払います。
- 個人情報の利用について、貴院の規定「おしらせ患者様の個人情報の保護について」に基づいて取り扱われることに同意いたします。

【入院患者】

(ふりがな)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			
生年月日			
住所	〒	—	
連絡先	(自宅)	—	(携帯) —
勤務先名		連絡先	—

【身元引受人】

(ふりがな)		患者との続柄	
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日			
住所	〒	—	
連絡先	(自宅)	—	(携帯) —
勤務先名		連絡先	—

【連帯保証人】※連帯保証人は、身元引受人と別世帯。ただし、身元引受人と連帯保証人が同世帯でも生計が別であれば可。

(ふりがな)		患者との続柄	
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日			
住所	〒	—	
連絡先	(自宅)	—	(携帯) —
勤務先名		連絡先	—

【請求先】※連帯保証人は請求先にはなれません。

<input type="checkbox"/> 身元引受人	<input type="checkbox"/> 本人手渡し	<input type="checkbox"/> 左記以外(下記をご記載ください)	
氏名		連絡先	—
住所	〒	—	

【再入院時の同意】 上記内容に相違ありません

入院日(同意日)	令和 年 月 日	入院日(同意日)	令和 年 月 日	入院日(同意日)	令和 年 月 日
同意サイン		同意サイン		同意サイン	