入院申込書および入院誓約書

入院日　　年　　月　　日

ふりがな		住　所	〒　　－		
患者 氏名					
		電話番号 携帯電話	（　　） （　　）		
生年 月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日	年　齢 歳	勤 務 先 電話番号	（　　）	

緊急 連絡先	氏　名	年　齢	続　柄	電 話 番 号
				（　　）
				（　　）

入院 誓約書	医療法人 文佑会　原病院　院長　殿 私は貴院への入院にあたり、諸規則並びに療養上の指示を遵守し、医療スタッフと協力の上、治療に専念致します。万一、違反することがあれば、貴院の指示・措置に従います。 ・　入院に係る医療費、その他諸費用について責任をもってお支払いいたします。 ・　連帯保証人は、極度額の範囲内で誓約者と連帯して保証いたします。 ・　病院がおこなう毎月の健康保険証のオンライン資格確認に同意いたします。 ・　病院がおこなう高額療養制度・限度額認定証のオンライン資格確認に同意いたします。 ・　病院の都合上、病室の移動を指示された際は、これに従います。 極度額　４００，０００ 円　（入院患者の入院費用等について、保証人が責任を負う金額の上限額）

[　患者本人　]

上記につき、身元保証人・連帯保証人とともに遵守することを誓約致します。

年　　月　　日　　誓約者（ 患者）氏名

[身元保証・連帯保証人 ※所得のある方]

上記の者が、貴院に入院するあたり、本人の療養生活全般から生ずる諸規則・債務に関して、貴院に迷惑がかからないよう責任を持って対処することを誓約いたします。記載事項に変更が生じた場合は速やかに届出いたします。

年　　月　　日　　保証人氏名　　（患者との関係　　）

住　所	〒　　－		
電話番号	（　　）	勤務先	
携帯電話	（　　）	電話番号	（　　）

当院は『患者さんの個人情報の保護』に万全の体制を整えております（別紙入院のしおり参照）

【個人情報保護に関する確認事項】

・家族（またはその他指定の人物）へ病状説明を行ってよろしいですか？
　□　説明して**よい**　　□　説明しては**いけない**
・医療事故防止のため、氏名を病室の入口に掲示してよろしいですか？
　□　掲示して**よい**　　□　掲示しては**いけない**
・ご家族・お見舞いの方を病室へ案内してもよろしいですか？
　□　して **よい**　　□　しては**いけない**

2025 年 12 月 1 日　改訂