

入院申込書（兼 入院誓約書）

入院日（西暦） 年 月 日

上尾中央第二病院 院長 殿

階 号室

患者氏名 (印)

住所

電話番号

代理人 ※キーパーソンとなられる方

氏名 (印) (続柄)

住所

電話番号：自宅

携帯

勤務先

私は、今般貴病院に入院するに際し、下記事項及び貴病院の諸規則・指示を守ることを連帯保証人とともに誓約致します。

記

- 本人の身元については、代理人もしくは連帯保証人が責任をもって引き受けます。
- 本人がより良い入院・療養生活を送れるよう、代理人は少なくとも1ヶ月に1度は病院に来院し、本人と面会するとともに、医師・看護師等と病状や入院・療養生活状況等の情報の共有をはかります。
- 入院前面談で示された場合は、その入院期限までに、次の療養先を検討します。
- 治療を終え、医師より自宅療養等の退院指示があった場合は、速やかに退院手続きを行います。
- 貴病院の諸規則や指示を守ることができない、またはその他の理由で、貴病院での入院・療養生活の継続が困難と判断された場合は、所定の期日までに代理人・連帯保証人の責任において対応します。
- 代理人は、貴病院から24時間連絡がとれるように心がけます。
- 代理人に連絡がとれない場合、連帯保証人が責任をもって対応します。
- 入院料その他の料金は、代理人もしくは連帯保証人が責任をもって指定日（当月25日）までに必ず支払います。

連帯保証人 ※代理人と別世帯の方で独立の生計を営み身元確実な方

氏名 (印) (続柄)

住所

電話番号：自宅

携帯

勤務先

※上記記載内容に変更が生じた場合、速やかに変更の手続きをお願い致します。

*病院記入欄

保証金	¥	入院時保険証確認	済・未
保証金受領日	/	担当者	保証金返金日 / 担当者
入院日	年 月 日	退院日	年 月 日