

入院 誓 約 書

医療法人龍志会 IGTクリニック 院長 殿

フリガナ		性別	生年月日	ID
患者氏名		男・女	年 月 日	歳

このたび、上記の者が貴クリニックに入院治療を受けるにあたり、下記の事項を守る事を誓約いたします。万一これに違反した場合は、治療費その他入院に伴う一切の費用を支払ったうえ、貴クリニックが指定された日時に退院いたします。

記

- 1 貴クリニックの諸規則及び指示に従います。
- 2 粗暴な行為、ハラスメント行為等他の患者及び貴クリニック職員の迷惑になるような行為は一切行いません。
- 3 医療行為についての説明を受け、同意した上で、診療内容について医師の判断及び指示に従います。
- 4 治療費、入院費用、その他貴クリニックより請求された費用は、遅滞なくお支払いします。
- 5 クリニック内の施設・設備及び各種機器等を破損・紛失等をした場合は、貴クリニックの指示に従い弁償金を支払います。
- 6 自らの都合で治療を中止して起こした損失については、貴クリニックの指示に従いその費用を支払います。
- 7 入院中は無断外出・無断外泊等は一切行いません。
- 8 入院中は院内での飲酒・喫煙は一切行いません。
- 9 保証人は患者について発生する料金一切の支払い義務等について連帯保証し、患者と連帯して支払うことを約束します。
- 10 入院期間、退院などに関しては主治医の指示に従います。なお本人の退院先について問題がある為退院が困難な時は、身元保証人が本人を引きとります。

フリガナ		性別	生年月日	患者との続柄
氏名		男・女	年 月 日生(歳)	
住所	〒 - TEL ()			
勤務先	社名	住所	〒 - TEL: ()	

身 元 保 証 書

上記の者が貴クリニックに入院するにあたり、本人（患者）の身元に関するすべての事項を引受ける事を保証し、入院について発生する料金一切の支払い義務等について連帯保証し、患者と連帯して支払うことを誓約します。

フリガナ		性別	生年月日
連帯保証人		男・女	年 月 日生(歳)
住所	〒 - TEL ()		
勤務先	社名	住所	〒 - TEL: ()
患者との続柄《 実父 ・ 実母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子 ・ 後継人 ・ その他 () 》			

※連帯保証人は、独立した生計を営んでいる成人であること。

※連帯保証人と身元保証人が同一人物の場合は下記□に✓を入れる。

同上

フリガナ		性別	生年月日
身元保証人		男・女	年 月 日生(歳)
住所	〒 - TEL ()		
勤務先	社名	住所	〒 - TEL: ()
患者との続柄《 実父 ・ 実母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子 ・ 後継人 ・ その他 () 》			