

## 入院誓約書

この度、貴院へ入院するにあたり、下記の注意事項・諸規則等を遵守することを誓約いたします。万一、貴院の諸規則に違反し、または職員の指示に従わなかった場合、退院を命じられても異議は申し立てません。

1. 入院中は、医師、看護師及びその他の職員の指示に従います。
2. 入院案内及び院内掲示物の記載事項を遵守します。
3. 病状や感染症管理、医療安全管理等により、病室や病棟等の移動が必要と判断された場合には、その指示に従います。
4. 退院の指示があった場合は、指定期日までに退院します。
5. 保険証・住所等に変更があった場合は、遅滞なくお知らせいたします。
6. 入院費用及びその他の諸費用は、指定期日までに支払います。

令和 年 月 日

さんだりハビリテーション病院 病院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 男・女  
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 自宅 ( ) —  
携帯 ( ) —

私は、上記患者に関する身元の引き受け及び患者が誓約した上記事項 1～6(6の費用に対する補償極度額は10万円を上限とする)について責任を負うことを誓約いたします。

【身元保証人】※患者様と同一世帯の方でもかまいません。

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ 男・女  
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 自宅 ( ) —  
携帯 ( ) —  
勤務先名 \_\_\_\_\_  
勤務先電話番号( ) —  
患者との関係 配偶者・子・父・母・孫・その他( )

## ご連絡先・請求書送付先・支払い方法について

|      |  |   |
|------|--|---|
| 患者氏名 |  | 様 |
|------|--|---|

\* 連絡先は必ず2箇所ご記入ください。

\* 電話番号は、**連絡のつきやすい番号**をご記入ください。

|      |      |     |    |  |
|------|------|-----|----|--|
| 連絡先① | 氏名   |     | 続柄 |  |
|      | 住所   | 〒   |    |  |
|      | 電話番号 | — — |    |  |
| 連絡先② | 氏名   |     | 続柄 |  |
|      | 住所   | 〒   |    |  |
|      | 電話番号 | — — |    |  |

メールアドレスは当院からのお知らせや案内または、電話が繋がらない場合に利用します。

|         |           |
|---------|-----------|
| メールアドレス | お名前       |
|         | メールアドレス @ |

|        |   |     |    |  |
|--------|---|-----|----|--|
| 請求書送付先 | <input type="checkbox"/> 連絡先①の方に送付 <input type="checkbox"/> 連絡先②の方に送付 <input type="checkbox"/> 患者様ご本人に手渡し |     |    |  |
|        | それ以外の方は、以下にご記入ください。   |     |    |  |
|        | 氏名  |     | 続柄 |  |
|        | 住所  | 〒   |    |  |
|        | 電話番号  | — — |    |  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| お支払い方法<br>(変更は可能です) | <input type="checkbox"/> 病院受付でお支払い<br>現金またはクレジットカード(JCB、VISA、Mastercard) 平日9:00~16:00まで |
|                     | <input type="checkbox"/> 銀行振込<br>振込先は請求書に記載しています。振込手数料はご負担ください。                         |



## 転倒転落事故防止対策とご連絡について

入院生活は、住み慣れた家庭とは異なるため、環境の変化に加えて、病状による運動機能や精神機能の低下などにより、思いがけない転倒やベッドなどからの転落の危険性が指摘されています。

そのため、安全には十分に注意致しますが、万が一、転倒や転落により骨折の可能性や緊急性を要する状況が生じた場合は、深夜、早朝を問わず、ご家族様にご連絡をいたします。

転倒や転落が発生した際、緊急性が低いと判断した場合の連絡については、下記の中からお選びいただきますようお願い致します。

### 転倒、転落が起きた時

1. どのような場合でも、深夜・早朝を問わず連絡を希望する
2. 特に問題がないようなら、日中の連絡を希望する。
3. 特に問題がないようなら、面会時に状況を教えて頂きたい。
4. その他 ( )

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

ご家族様氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

