

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。
7. 職員に対し、種々のハラスメント行為を行いません。

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 1～7(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 ()