

# 入院申込書・誓約書

## (兼寝具借用書、自費同意書)

泉大津市立周産期小児医療センター 病院長 様

20 年 月 日  
(入院日 20 年 月 日)

私は、このたび入院治療を受けるにあたり、下記諸事項を守り貴院に迷惑をかけないことを誓約し、連帯保証人と連署の上、入院を申込みます。

1. 病院の諸規則及び指示事項(「入院のご案内」の記載内容を含む)は守ります。
2. 症状の経過、転帰等本人身体に関することを医師に委任します。
3. 突発的の事由により一時的に病床を移動することがあっても異議は申しません。
4. 入院治療費その他の費用(個室の場合はその室料差額)の請求があった場合は、指定の期日までに支払います。
5. 寝具は貴院のものを一式借用します。なお、紛失・破損・汚損等の場合は弁償金を支払います。
6. 自費物品等利用する場合は、その費用について自費にて支払いすることに同意します。  
(「自費料金一覧」は別紙参照)
7. 連帯保証人は患者及びその家族に対し、上記のことを遵守させるとともに、患者及びその家族が入院治療費その他の費用及び弁償金を支払わない場合、連帯保証人が全て(上限額:20万円)支払うことを誓約します。

入院患者	住所				勤務先	名称		
	氏名	(印)				連絡先	( )	
	生年月日	西暦・大・昭・平・令	年	月	日	その他連絡先	氏名	続柄
	連絡先	( )	職業				電話	( )
代諾者:				続柄				

世帯主	住所				勤務先	名称		
	氏名	(印)				連絡先	( )	
	生年月日	西暦・大・昭・平・令	年	月	日	連絡先	( )	
	職業		続柄			連絡先	( )	

連帯保証人	住所				勤務先	名称		
	氏名	(印)				連絡先	( )	
	生年月日	西暦・大・昭・平・令	年	月	日	連絡先	( )	
	職業		続柄			連絡先	( )	

※連帯保証人は、原則として府内在住で、患者とは別に独立した生計を営む方。

保険証発行元又は診療報酬審査機関等より当院へ問い合わせがございましたので、保険証・医療証を複写することに同意していただけますか。

同意する                       同意しない