

入院誓約書

入院日： 年 月 日

天理よろづ相談所病院 院長 殿

貴院において入院診療を受けるにつきまして、私および代諾者・身元引受人は、貴院の「患者の権利と義務憲章」に同意し、下記事項を守ることを誓約します。

記

- 私および代諾者・身元引受人など入院療養に関わる私の関係者（以下、私たちと略す）は、医療関係者とともに療養に専念し、また、病院には多数の患者さんが入院していることを理解し、病院の医療提供、療養環境維持のための業務遂行に協力をします。
- 私たちは、入院中は、法令、公的・私的・社会的規範、「入院の案内」中の「入院中お守りいただくこと」など病院の諸規則、通知に反する行為はしません。
- 私たちは、病院が入院中の転倒、ベッドからの転落、無断離院についてできる限りの予防対策を実施していく中、転倒、転落、無断離院のすべてを防止することはできないことを理解し、病院に過失がない場合は病院の責任を問いません。
- 私たちは、入院中指示された建屋、病棟、病室にて治療・療養し、病院から要請があれば、病室を移動します。また、特別療養室を希望し入室した後でも、大部屋移動の指示があればそれに従います。
- 私たちは、入院診療を受けるために必要な一切の費用（診療費の自己負担分、保険外負担分、その他一切の費用）を必ず支払いし、貴院に対して一切の損害をお掛けいたしません。
万一、支払いできない場合は、保証会社であるジェイリース株式会社が代位弁済し、同社または同社が提携する保険会社の代位弁済に基づく求償等を行う場合があることに同意いたします。
別紙の「個人情報の取扱に関する同意書」に同意のうえ入院申込を行います。
- 私たちは、上記事項を守らないために退院を指示された場合はそれに従います。

●患者自署欄

記入日： 年 月 日

氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生

現住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

※患者自署欄を代筆した場合

代筆者氏名 _____

続柄 _____

現住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

●代諾者（身元引受人）の署名（注1） ※患者さんが未成年の場合は保護者の署名（注2）

代筆者に同じ

氏名 _____

続柄 _____

現住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

注1、代諾者（身元引受人）は、成人の家族、保護者（患者さんが未成年の場合）、後見人に限られます。

注2、保護者とは父、母、その他の法定上の保護者の方を指します。

裏面あり、記載ください

ご請求について

- ・退院時に未払いの場合は、診療費支払いに関する誓約を取り交し、支払誓約日を過ぎた場合は速やかに督促させて頂きます。
- ・督促を含め、退院日より3カ月を超えた未払いに関して、入院誓約書に記載してあるとおり、代位弁済を保証会社へ依頼する場合があります。
- ・入院誓約書の記載事項の変更が生じた場合は、速やかにご連絡下さい。

□上記内容について確認しました

確認できましたら□に✓をしてください

オンライン資格確認について

当院がオンラインで高額療養費における限度額や減額認定等の資格確認をすることについて、同意いただけますでしょうか。

□ 同意する・□ 同意しない当院入院中における他院への受診について

原則として、当院入院中に健康保険扱いによる他医療機関（病院・診療所・クリニック等）への受診はできません。入院中に他院の予約や薬切れ等がある場合は必ず病棟スタッフにお申し出下さい。※詳しくは「入院のご案内」14ページをご参照下さい。

□上記内容について確認しました

確認できましたら□に✓をしてください

前回入院期間の確認について

入院料算定の要件に基づき、過去3カ月以内の入院の有無を確認させて頂いております。
お手数ですが以下にご記入下さい。

今回入院前3カ月以内に他の病院に入院したことはありますか？

1. ない 2. ある (ある場合は以下にご記入下さい。)

①病院名 :

入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日

②病院名 :

入院期間 年 月 日 ～ 年 月 日

※退院証明書をお持ちの場合は入院受付時にご提出下さい。