

( ) 入院誓約書 入院日： 年 月 日

公益財団法人 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、連帯保証人は、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

- 1、私および代諾者・身元引受人、連帯保証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。
- 2、私たちは、入院中は、法令、公的通知はもとより社会常識、「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。
- 3、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ても、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。
- 4、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。但し、連帯保証人は極度額の範囲で支払責任を負うものとします。
- 5、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。

●患者さんご本人署名：代筆またはゴム印の場合は捺印 記入日： 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

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（注2）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

●連帯保証人署名（注3）：【極度額30万円】（注4） 記入日： 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

注1、代諾者・身元引受人とは、実質的に患者さんを世話している方であり、患者さん本人が誓約書を理解して同意する事が困難な場合に、患者さん本人に代わって同意し、誓約事項を守る方です。成人の家族、保護者、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。

注3、連帯保証人になることができるのは、患者さん本人と連帯して上記の誓約事項を守る事ができる、患者さんと家計を別にする方です。

注4、極度額は、健康保険法に則り長期入院を考慮し算出しております。