

誓 約 書

令和 年 月 日

医療法人 石和温泉病院
理事長 天 野 と き 殿

この度の入院に際し、以下を含めた院内の諸規則を遵守することを保証人連署の上、確約します。
万一、各種規則に違反したとき、及び他の患者様の迷惑になると判断されたときは貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も貴院に迷惑をかけないことを入院者・身元保証人連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

- 貴院の諸規則を厳守し、治療上のことについては医師・看護師等の指示に従います。
- 入院者及び保証人の記載事項、保険証等に変更があったときは遅滞なくお知らせします。
- 病状(他の患者様も含む)や状況によるベッド移動(病棟・病室の移動も含む)がある旨了承します。
- 次の行為により退院を勧告された場合はそれに従います。
 - * 離院・喫煙・飲酒・無断外出・セクシャルハラスメント・暴力・暴言、その他迷惑行為
- 入院中、入院者が貴院の器物並びに建造物等を破損したときには、責任をもって弁償します。
- 入院費その他の諸費用については、入院者と保証人が連帯し責任をもって納期限(請求書発行後2週間以内、退院時は退院日)迄に遅滞なく納付します。尚、退院時は入院費の他、入院中の諸費用、弁償金も含め、全額を支払います。(但し、連帯保証人は下記極度額まで)
- 上記支払いが滞る場合は法的手続きにより支払い請求を受ける旨了承します。

入 院 者	フリガナ 氏 名	①
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (才) 男・女
	住 所	

身 元 保 証 人 *	フリガナ 氏 名	①
	入院者との関係	
	住 所	
	電 話	①自宅 () — ②携 帯 () — ③その他 () — 職場等

(*入院者と同居家族の方も可)(電話は24時間必ず連絡が取れるようご記入下さい)

連 帯 保 証 人 ※	保 証 額 ※今後6カ月に発生する一切の入院費用(極度額:1カ月:各20万円)	
	フリガナ 氏 名	①
	入院者との関係	
	住 所	
電 話	①自 宅 () — ②携 帯 () — ③その他 () — 職場等	《日中》 ①・②・③ 《夜間》 ①・②・③ 《 》

(*入院者と別世帯・別生計の方で、一戸を構え医療費支払い能力のある方)(電話は24時間必ず連絡が取れるようご記入下さい)

*極度額とはあくまでも入院者(家族含む)が支払えない場合の連帯保証人が支払うべき上限額であり、入院者は全額支払う義務があります。