

入院申込書兼入院誓約書

長野市民病院長殿

入院日

年 月 日

わたしは貴院への入院を申し込みます。入院するにあたり、次の誓約事項及び貴院の注意事項・諸規則等を遵守することを誓約いたします。

誓約事項

- 長野市民病院内においては、「入院のご案内」に記載された注意事項を守り、治療に専念いたします。
- 入院中は、医師、看護師及びその他の病院職員の指示に従います。
- 医師より自宅療養等の退院指示があった場合は、速やかに退院手続きをいたします。
- 保険証・住所等に変更事項があった場合は、遅滞なくお知らせいたします。
- 貴重品（現金・クレジットカード・貴金属・携帯電話等）は自己管理します。
- 入院費用・その他の諸費用の支払い（**連帯保証人は極度額**）及び身元に関する全ての事項の引き受けについては、申込人ならびに連帯保証人の責任において貴院に迷惑をかけません。

■入院者（患者）

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
お名前		性 別	() 歳 男 ・ 女
ご住所	〒 —		
電話番号	() —	携帯電話番号	() —
お見舞いのかたに対する病室番号の案内についてお答えください。			
①病室番号を案内しても差し支えない		②病室番号の案内はすべて断る	
今回入院前3ヶ月以内の他医療機関等での入院状況についてお答えください。			
①入院なし		②入院あり 入院期間 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名		傷病名	

■ご本人以外の連絡先

フリガナ		患者さんとの ご関係	
お名前		性 別	男 ・ 女
ご住所	〒 —		
電話番号	() —	携帯電話番号	() —

この度、貴院に入院するにあたり、患者（入院者）が誓約した事項について連帯して責任を負うことを誓約いたします。
入院費用等の支払い極度額は 200,000円
※極度額とは連帯保証人として責任を負う上限金額です。
※患者容態の変化に応じて治療内容に変更が生じる場合には、改めて「極度額」変更についてご相談させていただきます。
※連帯保証人は患者さん本人とは生計を別に営む成人の方が、自署にてお願いいたします。

■連帯保証人※必ずご記入ください。（連帯保証人になる方の自署）

フリガナ		患者さんとの ご関係	
お名前		性 別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生		
ご自宅	ご住所	〒 —	
	電話番号	() —	携帯電話番号 () —