

入院申込書 兼 誓約書

医療法人 せいふう会
川西リハビリテーション病院 院長 殿

私（本人）と代理人は、貴院に入院するに際して、下記を含めた院内規範・貴院の「入院のしおり」に記載された入院の手続き、入院生活上の定めおよびマナー、並びに療養上の指示、指導に従います。万一、各種規範に違反したとき、又は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、貴院にご迷惑をおかけしないことを私（本人）と代理人、連帯保証人連署の上、誓約いたします。

- 1 代理人は、親族一同の窓口となり、貴院入院中の本人に関する一切の責任を引き受けます。
※病院からの連絡先は代理人（緊急時で代理人不在の場合は第2連絡先）にのみ行います。
本人の病状等について、代理人以外から当院へお問い合わせいただいても当院は一切お答えしません。
※代理人に支障がある場合、代理人が指定し委任状を交付した者にのみ委任することができるものとします。
- 2 他の入院患者、ご家族、来客、病院関係者などに迷惑を及ぼしたり、貴院の業務に支障をもたらした場合、即日退院も含め、貴院の指示に従います。（暴言、恐喝、恫喝、暴力、器物破損、理不尽な要求、占拠、無断離院、セクハラ行為など）【私（本人）の家族、及び関係者によるものも含む】
- 3 連帯保証人は入院に伴う本人負担の医療費、その他貴院への一切の債務につき本人と連帯して履行責任を負います。

上記、および貴院の「入院のしおり」を一読し、内容を理解、同意しましたので下記の通り入院申込み致します。

		申込日		年	月	日
本人	氏 名		㊟	性別	男 ・ 女	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			歳	
	住 所	〒 —				
	自宅電話		携帯電話			
代理人	氏 名		㊟	続 柄		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			歳	
	住 所	〒 —				
	連 絡 先	① (自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先)		② (自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先)		
	第2連絡先 ※緊急時、代理人 不通の場合の連絡 先				続 柄	
		① (自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先)		② (自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先)		

本人の署名代行の場合その理由 (例) 直筆困難な為 等

連帯保証人	氏 名		㊟	本人との 関係	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			歳
	住 所	〒 —			
	自宅電話		携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話		
	限度額	¥1,000,000			

※代理人、連帯保証人が変更になる場合は職員へお申し出ください。1階総合受付にて代理人変更届をご記入いただきます。