

入院誓約書

社会医療法人 榮昌会 吉田病院
院長 吉田 泰久 様

記入日 年 月 日

入院患者(入院誓約)

私は、このたび吉田病院にて入院するに当たり、診療上の指示に従い、諸規則を守ることを誓約いたします。また、吉田病院が診療上必要な事柄について、他の医療機関・介護機関に情報確認・提供することに同意します。

患 者	住 所				(電話番号)
	氏 名 (自署又は代筆)				(代筆者名)
	生年月日	年	月	日	生

身元引受人

上記の患者が、入院期間中、吉田病院の指示に従わない等の理由により退院する場合については、私がおの身元を引き受けます。

身 元 引 受 人	住 所				(電話番号)
	氏 名	(自署)			
	生年月日	年	月	日	患者との続柄
	勤務先又は職業				
	勤務先電話番号				

連帯保証人

上記患者が、入院期間中、吉田病院に損害を与える又は入院医療費の支払いが滞るようなことがあれば、その損害額、及び入院医療費については30万円を限度に私が保証いたします。

連 帯 保 証 人	住 所				(電話番号)
	氏 名	(自署)			
	生年月日	年	月	日	患者との続柄
	勤務先又は職業				
	勤務先電話番号				

※入院誓約書(この用紙)は必ず提出して下さい。