

誓 約 書

医療法人健康会 嶋田病院 院長 殿

このたび、貴院に入院して治療を受けたいので入院の申し込みをいたします。
入院に際しては、貴院の諸規定を守り、指示に従います。また、下記事項についても
連帯保証人とともに責任を負い、貴院に迷惑をかけないことを誓約します。

- 1 入院に関する諸規則、その他の指示事項を必ず守ります。
- 2 医療行為についての説明を受け、同意したうえで、診療内容について医師の指示に従います。
- 3 退院の指示がありましたら、必ず期日までに退院いたします。
- 4 貸与品や備品を紛失、破損、汚損等の場合は、貴院の指示に従い、弁償金を支払います。
- 5 入院治療費、その他の費用は、請求のあった日から 14 日以内の納期限までに延滞なく支払い、退院時においては、全額清算致します。
- 6 診療費支払者が支払いを怠ったときには、連帯保証人がその弁済の責任を負い、貴院に対して一切の損害をかけないことを誓約いたします。 ※極度額は連帯保証人が保証する負担金額の上限額となります。
- 7 患者である私、およびその家族・関係者は、大声・暴言、暴力行為、迷惑行為、不適切行為により、病院の諸規則に反した行為があった場合は、いつ退院を命ぜられても異議を申し立てません。
- 8 患者である私、およびその家族・関係者は、大声・暴言、暴力行為、迷惑行為、不適切行為、脅しといった問題行為があった場合は、病院が警察への通報する事を承知します。

日 付 年 月 日 (※入院日を記入)

患者氏名

代筆者氏名 続柄

〔診療費等支払者〕 印

現住所

自宅電話 ()

携帯電話 ()

〔連帯保証人及び極度額〕

連帯保証人氏名 印

極度額金 100 万円

現住所

自宅電話 ()

携帯電話 ()

患者との続柄