

見本

入院誓約書

ご記入時のお願い

※特に朱書き部分には
ご注意ください。

九州大学病院長 殿

入院に際しては、貴院のきまりを守り診療上の指示に従います。

診療に要した費用は、納入期限までに支払うことを約束します。万一滞納が生じた場合は、連帯保証人と共に速やかに弁済します。

入院患者の身上に関することについては、身元引受人の責任において引き受けることを確約します。

また、次の行為により、退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。

1. 来院者及び医療者に対する暴力行為、暴言、威嚇行為、性的嫌がらせ、その他迷惑となる行為。
2. 入院中の喫煙行為。

		科	病棟コード()	病室番号()	号室	入院日	平成	年	月	日
1 入院患者	(フリガナ) キョウダイ タロウ (印) 男 (国籍)	氏名		九大太郎		明・大	昭・平	年	月	日生
	現住所 (〒 -)	県		市・郡	区	町村				
	勤務先名(職業)	自宅電話		()		勤務先〃	()			
2 診療費等支払者	(入院患者さんが診療費等支払者となる場合は、氏名のみで構いません。)	氏名		..... (印)		患者さんとの続柄 ()	明・大・昭・平	年	月	日生
	現住所	県		市・郡	区	町村				
	勤務先名(職業)	自宅電話		()		勤務先〃	()			
3 連帯保証人	(診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。)	氏名		..... (印)		患者さんとの続柄 ()	明・大・昭・平	年	月	日生
	現住所	県		市・郡	区	町村				
	勤務先名(職業)	自宅電話		()		勤務先〃	()			
4 身元引受人	(連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。)	氏名		..... (印)		患者さんとの続柄 ()	明・大・昭・平	年	月	日生
	現住所 (〒 -)	県		市・郡	区	町村				
	勤務先名(職業)	自宅電話		()		勤務先〃	()			

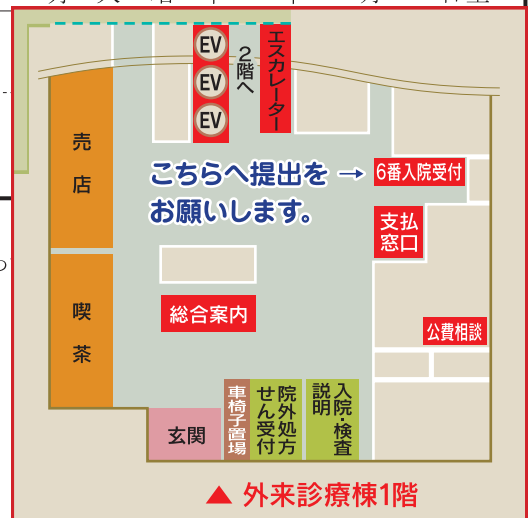
(お願い) 診療費等支払者は、成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。

(診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。)

太枠中の①～④を記入し、該当する所に○印を付けてください。

以下の何れかの場所に提出してください。

- ・病棟クラーク (平日8:30～17:00)
- ・外来診療棟1階入院受付 (平日8:30～17:00)
- ・南棟1階時間外受付 (平日17:00～翌8:30、土日祝)



▲ 外来診療棟1階

