

入院証書

熊本リハビリテーション病院長殿

※病室 号

この度、貴院に入院するにあたり、病院の諸規則や下記の事項について十分な説明を受けここに連帯保証人と連署をもって誓約いたします。

記

【誓約事項】

- 1.病院の諸規則及び診療上の職員の指示を遵守致します。
- 2.診療に関する患者負担の費用については、貴院から指示があり次第、遅滞なく支払います。
万一遅滞の場合には、病院に対して極度額50万円の範囲内で連帯保証人が本人と連帯して支払いの責任を負います。
- 3.退院の指示があった場合は、必ず期日までに退院致します。
尚、本人の退院先について、諸般の事情により退院が困難な場合には、連帯保証人が本人を引き取ります。
- 4.連帯保証人に転居等の事情により、変更が生じた場合は、新たな連帯保証人を選定し速やかに病院に届出致します。
- 5.高額な現金の持ち込みはご遠慮ください。
貴重品・衣類・持ち物には必ず名前を記入して下さい。破損や紛失については責任を負いかねます。
- 6.宅配物の取り扱いについては諸事情により必要な場合に限り、元払いによる対応をお願いしております。尚、破損や紛失については責任を負いかねます。
- 7.病院内はビデオ・写真に関わらず撮影・録音できません。
ブログやSNS等への投稿、知人に送信する行為も禁止しております。

令和 年 月 日

患者	氏名	印	男・女	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日生 ()歳
	住所	(〒 -)			自宅 () 携帯 ()
	勤務先				TEL ()

連帯保証人／親族	氏名	印	男・女	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日生 ()歳
	住所	(〒 -)			自宅 () 携帯 ()
	勤務先	患者との続柄()			TEL ()

連帯保証人	氏名	印	男・女	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日生 ()歳
	住所	(〒 -)			自宅 () 携帯 ()
	勤務先	患者との続柄()			TEL ()

【記入上の注意】

- ① 記入は黒のボールペンでご記入ください。
- ② 提出の際には、記入漏れ、捺印の確認をお願い致します。
- ③ ※印の欄は記入しないでください。
- ④ 連帯保証人は、独立した生計を営んでいる方で、できるだけ熊本県内在住者の方を選定してください。

再入院確認日 . .