

入院誓約書

地方独立行政法人神戸市民病院機構
神戸市立医療センター西市民病院長 宛

私は、病院から入院治療に関する説明を十分受けるとともに質問する機会を得ました。
この説明により、入院治療についてよく理解できましたので、下記事項を守る事を誓約します。

1. 「入院のご案内」に記載された入院治療に関する諸規則を守り、医師、看護師その他の職員の指示に従います。また、他の患者との調和及び病院内の調和を大切にします。
2. 治療上のことは、十分説明を受け、質問をし、納得した上で、医師・看護師その他の職員と協力して取り組みます。
3. 入院後、病状の経過によって、医師から自宅療養等が可能と認められた場合は、指示に基づき退院します。
4. 入院治療費その他の諸費用は、指定の期日までに遅滞なくすべて支払います。また、期日までに支払いができない場合は、必ず病院職員に申し出ます。
5. 借用した寝具は、退院時にすべて返却します。
6. 以下の行為を行った場合には、病院から退院を命じられても異議はありません。病院の指示にしたがい、直ちに退院します。
 - 暴言・暴力行為・脅迫・窃盗
 - 酒類の持ち込み、又は飲酒
 - 無断外出・外泊
 - 他の患者もしくは医療従事者への迷惑行為
 - セクシャル・ハラスメント

患者	住所	〒			
		電話 ()			
	氏名	印	生年月日	年	月 日
	勤務先 (職業)				
ご家族・連絡先	住所	〒			
		電話 ()			
	氏名	印	生年月日	年	月 日
	勤務先 (職業)			患者との	
				続柄	

※患者住所欄には、現在住民登録を行っている住所を記入してください。
 ※ご家族・連絡先欄には、ご家族・連絡先の方が署名、押印してください。
 患者が被扶養者（未成年者）の場合は、その扶養義務者（保護者）が署名・押印してください。

上記入院患者の一身上に関する事及び入院治療費その他の諸費用の支払い等については、連帯保証人が連帯して極度額60万円の範囲内で責任を負います。

連帯保証人	住所	〒			
		電話 ()			
	氏名	印	生年月日	年	月 日
	勤務先 (職業)			患者との	
				続柄	

※連帯保証人は、入院患者とは別に生計を営んでいる成年者にしてください。
 また、なるべく神戸市内に在住している方にしてください。
 ※当院では極度額を一律60万円と定めていますが、保険証の種類、治療内容や入院期間、有料個室利用の有無が患者さんによって異なるため、詳しい概算は入退院受付までお問い合わせ下さい。
 ※極度額を超える医療費がかかる場合には、改めて支払誓約書をご提出いただきます。

(切り取り線)