

入院誓約書・保証書

私は「八尾はあとふる病院」への入院に際し、下記を含めた院内の諸規則(「入院のご案内」に記載されている内容など)を遵守いたします。万一、各種規則を守れない場合は貴院の指示にしたがい即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしないことを申込者・連帯保証人連署の上、誓約いたします。

記

1. 医学上あるいは精神・心理面での問題が悪化し、訓練を一時的に中止する必要がある場合 2. 身体的・精神的状態が不安定で入院の継続が困難であると判断した場合 3. 集団での療養生活に支障をきたす場合(入院中他の患者様の迷惑になるような行為があった場合) 4. 患者様・家族様の訓練および自宅復帰に対するご協力が得られない場合 5. 敷地内での飲酒、喫煙、賭け事、無断外出、無断外泊をした場合 6. ご自身による危険行為があった場合 7. 職員に対する暴力行為、暴言、威嚇行為、性的嫌がらせ、その他迷惑となる行為をした場合 等、入院の継続が困難と判断される状況

また、下記事項に関し誓約します。

- 本人の身元について、連帯保証人は一切の責任を負います。
- 退院を指示された場合は、指定の期日に連帯保証人の責任において引き取ります。
- 貴院から指示された書類・証明書などは、指定の期日までに提出いたします。
- 入院時に寝具一式を借用し、退院時に返納いたします。
- 寝具や病院設備などの破損・紛失などの場合は、実費負担いたします。
- 入院中の他院受診については、原則出来ないこと。また、無断で他院受診した場合は自費負担となることについて説明を受けました。万一、入院中に無断で他院受診した場合は自費負担いたします。
- 入院中、荷物、金品・鍵類等一切を自己管理とし、貴院へは預けません。
- 別紙の「個人情報の利用目的について」を確認の上、同意いたします。
- 入院料その他の諸費用については、申込者又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
 (尚、連帯保証人の極度額は200万円とします。)

申込者(患者本人)	記載日	年 月 日			
	氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日		年齢	歳
	住所	〒			
	電話(自宅)		電話(携帯)		
	勤務先	会社名		電話(勤務先)	
		住所			
連帯保証人	記載日	年 月 日			
	氏名	Ⓜ	性別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日		年齢	歳
	住所	〒			
	電話(自宅)		電話(携帯)		
	勤務先	会社名		電話(勤務先)	
		住所			

※入院誓約書・保証書提出後に写しをお渡しいたします。