

入院申込兼誓約書

愛心メモリアル病院 院長 殿

入院日		令和 年 月 日				
患者本人	フリガナ				代筆者	
	氏名		⑩			氏名
	生年月日		明・大・昭・平 年 月 日			続柄
	住所		(〒 -)			
	自宅電話		- -	携帯電話		- -
	勤務先	名称				
所在地		(〒 -)				
電話		- -	内 ()			

※ 上記の通り入院を申し込みます。入院中は病院の規則に従い、これを守ることを誓約します。これに違反した場合には、退院、診療の中止の処分を受けることを承諾します。

※ 以下に掲げる行為はお止めください。お守りいただけない患者様に対しては、安全な診療の妨げや、他の患者様の迷惑になることから、以後の診療をお断りする場合があります。

1. 治療の妨げになる行為
2. 入院中の無断外出・外泊
3. 病院敷地内での喫煙
4. 職員や他の患者様に対する動作・言葉・画像・音声等による、一切のセクシャル・ハラスメント(性的いやがらせ)行為
5. 職員や他の患者様に対する行動や言葉による威圧行為、または暴力行為
6. 上記4、5以外に病院や他の患者様に迷惑となる行為
7. 入院費及びその他諸料金の未払い

その他連絡先	フリガナ				患者との続柄	
	氏名					
	住所		(〒 -)			
	自宅電話		- -	携帯電話		- -
	勤務先	名称				
電話		- -	内 ()			

今回入院する前の過去3カ月に、当院以外の病院または診療所に入院していたことがありますか。

(ある ・ ない)

↓ 「ある」と答えた方は、下記にご記入下さい。

入院していた医療機関名

入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

入院となった主たる病名

