

入院証書

聖マリアンナ医科大学病院長 殿

私は、下記事項を確認したうえで、これに同意します。

記

1. 病院の諸規則を遵守し、安寧を妨げることなく診療上の指示に従います。
2. 診療費・その他の諸費用は、本人及び家族、親権者、連帯保証人が連帯保証し、遅滞無く支払います。
3. 寝具その他の汚損については、自己負担します。
4. 本人の身元については、家族または親権者、連帯保証人が引き受けます。
5. 退院・転院については、主治医の指示に従い速やかに行います。

本人	フリガナ		男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月	日生
	氏名			Ⓜ	[歳]		
	住所	〒 —		電話	()		
				携帯	()		
連帯保証人(家族または親権者)	フリガナ		男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月	日生
	氏名			Ⓜ	[歳] 本人との続柄		
	住所	〒 —		電話	()		
				携帯	()		
緊急連絡先	① フリガナ	本人との		電話	()		
	氏名	続柄		携帯	()		
緊急連絡先	② フリガナ	本人との		電話	()		
	氏名	続柄		携帯	()		

*連帯保証人の方に、診療費等についてご連絡させて頂く場合もございますのでご了承下さい。

※これらの書類は入院の都度、ご記入をお願い致します。

※Ⓜシャチハタ以外でお願い致します。