

患者ID： \_\_\_\_\_

## イムス札幌内科リハビリテーション病院 入院誓約書

フリガナ		男 ・ 女	現 住 所	
ご入院者 氏 名	殿			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
		才		TEL ( )
				携帯電話 ( )

(※太ワクのみご記入ください)

入院日	年 月 日 AM・PM 時 分	退院日	年 月 日
病 棟	病棟 Dr	紹介元	

私は今般貴院に入院いたします。つきましては貴院の諸規則ご指示はもちろん下記のことを厳守し、万一履行出来ないときは貴院にご迷惑をおかけしないことを保証人と連署の上お約束いたします。

1. 本人の身元については保証人において一切引受けます。
2. 入院規則を守らない場合（暴言・暴力・セクシャルハラスメント等）又その他の理由で退院を命ぜられた場合は指定の期日に保証人の責任において引取ります。
3. 診察、手術等については一切お任せいたします。
4. 入院費その他の諸費用はご指定通り請求月の末日までにお支払い致します。
5. 本人が入院費・その他の諸費用を支払い不能な場合は、下記の連帯保証人が支払い致します。
6. 入院中の私物の管理については、当院が定める貴重品管理に関する規程に基づき、当院では一切の責任を負いかねます。

締結日 年 月 日

イムス IMSグループ 医療法人社団 明生会

イムス札幌内科リハビリテーション病院 院長 殿

締結日 年 月 日

締結日 年 月 日

連帯保証人①

連帯保証人②

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_

極度額：30万円

極度額：30万円

※極度額とは上記5記載の入院費・その他の諸費用等について申込者が支払をしなかった場合に、連帯保証人が引き受ける上限金額のことです  
(病院控)

23.2. 500

(相談室)

(患者様控)