

# 見本

# 入院誓約書

## ご記入時のお願い

※特に朱書き部分には  
ご注意ください。

九州大学病院長 殿

入院に際しては、貴院のきまりを守り診療上の指示に従います。

診療に要した費用は、納入期限までに支払うことを約束します。万一滞納が生じた場合は、連帯保証人と共に速やかに弁済します。

入院患者の身上に関することについては、身元引受人の責任において引き受けることを確約します。

また、次の行為により、退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。

1. 来院者及び医療者に対する暴力行為、暴言、威嚇行為、性的嫌がらせ、その他迷惑となる行為。
2. 入院中の喫煙行為。

|                   |   | 科        | 病棟コード( ) | 病室番号( ) | 号室  | 入院日          | 平成  | 年 | 月  | 日 |
|-------------------|---|----------|----------|---------|-----|--------------|-----|---|----|---|
| 1<br>入院患者<br>願    | (フリガナ) .....キョウダイタロウ.....                               | 男 (国籍)   |          |         | (印) | 明・大          |     |   |    |   |
|                   | 氏名  | 九大太郎     |          |         |     | 昭・平          | 年   | 月 | 日生 |   |
|                   | 現住所 (〒 - )  | 県        | 市・郡      | 区       | 町村  | 自宅電話         | ( ) |   |    |   |
| 2<br>診療費等支払者<br>人 | (入院患者さんが診療費等支払者となる場合は、氏名のみで構いません。)                      |          |          |         | (印) | 患者さんとの続柄 ( ) |     |   |    |   |
|                   | (フリガナ) .....  | 氏名       |          |         |     | 明・大・昭・平      | 年   | 月 | 日生 |   |
|                   | 現住所 (〒 - )  | 県        | 市・郡      | 区       | 町村  | 自宅電話         | ( ) |   |    |   |
| 3<br>連帯保証人        | (診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。) |          |          |         | (印) | 患者さんとの続柄 ( ) |     |   |    |   |
|                   | (フリガナ) .....  | 氏名       |          |         |     | 明・大・昭・平      | 年   | 月 | 日生 |   |
|                   | 現住所 (〒 - )  | 県        | 市・郡      | 区       | 町村  | 自宅電話         | ( ) |   |    |   |
| 4<br>身元引受人        | (連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。)                               |          |          |         | (印) | 患者さんとの続柄 ( ) |     |   |    |   |
|                   | (フリガナ) .....  | 氏名       |          |         |     | 明・大・昭・平      | 年   | 月 | 日生 |   |
|                   | 現住所 (〒 - )  | 県        | 市・郡      | 区       | 町村  | 自宅電話         | ( ) |   |    |   |
|                   |   | 勤務先名(職業) |          |         |     | 勤務先"         | ( ) |   |    |   |
|                   |   |          |          |         |     | 携帯電話         | ( ) |   |    |   |

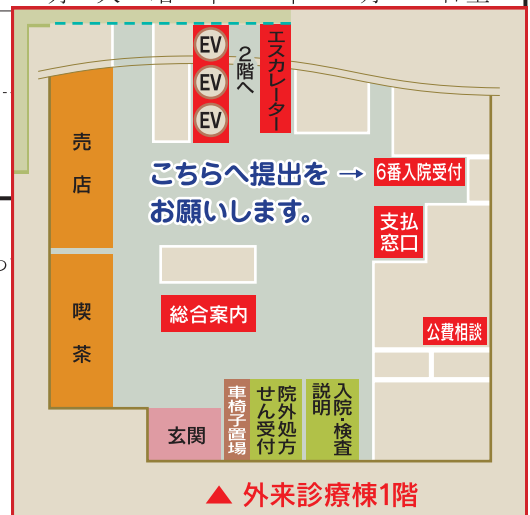
(お願い) 診療費等支払者は、成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。

(診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。)

太枠中の①～④を記入し、該当する所に○印を付けてください。

以下の何れかの場所に提出してください。

- ・病棟クラーク (平日8:30～17:00)
- ・外来診療棟1階入院受付 (平日8:30～17:00)
- ・南棟1階時間外受付 (平日17:00～翌8:30、土日祝)



▲ 外来診療棟1階

# 入院誓約書

九州大学病院長 殿

入院に際しては、貴院のきまりを守り診療上の指示に従います。

診療に要した費用は、納入期限までに支払うことを約束します。万一滞納が生じた場合は、連帯保証人と共に速やかに弁済します。

入院患者の身上に関することについては、身元引受人の責任において引き受けることを確約します。

**また、次の行為により、退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。**

1. 来院者及び医療者に対する暴力行為、暴言、威嚇行為、性的嫌がらせ、その他迷惑となる行為。
2. 入院中の喫煙行為。

|                                 |                                    |              |         |              |      |         |   |    |    |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------|---------|--------------|------|---------|---|----|----|
|                                 | <b>科</b>                           | 病棟コード( )     | 病室番号( ) | 号室           | 入院日  | 平成      | 年 | 月  | 日  |
| 願<br>出<br>人                     | 入院患者                               | (フリガナ) ..... |         | (印) 男(国籍)    | 明・大  |         |   |    |    |
|                                 |                                    | 氏名           |         | 女            | 昭・平  | 年       | 月 | 日生 |    |
|                                 |                                    | 現住所 (〒 - )   |         |              |      |         |   |    |    |
|                                 |                                    |              | 県       | 市・郡          | 区    |         |   | 町村 |    |
|                                 |                                    | 勤務先名(職業)     |         |              | 自宅電話 | ( )     |   |    |    |
|                                 |                                    |              |         |              | 勤務先〃 | ( )     |   |    |    |
|                                 |                                    |              |         |              | 携帯電話 | ( )     |   |    |    |
| 診<br>療<br>費<br>等<br>支<br>払<br>者 | (入院患者さんが診療費等支払者となる場合は、氏名のみで構いません。) |              |         |              |      |         |   |    |    |
|                                 | (フリガナ) .....                       |              | (印)     | 患者さんとの続柄 ( ) |      | 明・大・昭・平 | 年 | 月  | 日生 |
|                                 | 氏名                                 |              |         |              |      |         |   |    |    |
|                                 | 現住所 (〒 - )                         |              |         |              |      |         |   |    |    |
|                                 |                                    |              | 県       | 市・郡          | 区    |         |   | 町村 |    |
|                                 |                                    | 勤務先名(職業)     |         |              | 自宅電話 | ( )     |   |    |    |
|                                 |                                    |              |         |              | 勤務先〃 | ( )     |   |    |    |
|                                 |                                    |              |         |              | 携帯電話 | ( )     |   |    |    |

(お願い) 診療費等支払者は、成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。

|                       |   |          |     |              |      |         |   |    |    |
|-----------------------|---|----------|-----|--------------|------|---------|---|----|----|
| 連<br>帯<br>保<br>証<br>人 | (診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。) |          |     |              |      |         |   |    |    |
|                       | (フリガナ) .....  |          | (印) | 患者さんとの続柄 ( ) |      | 明・大・昭・平 | 年 | 月  | 日生 |
|                       | 氏名  |          |     |              |      |         |   |    |    |
|                       | 現住所 (〒 - )  |          |     |              |      |         |   |    |    |
|                       |   |          | 県   | 市・郡          | 区    |         |   | 町村 |    |
|                       |   | 勤務先名(職業) |     |              | 自宅電話 | ( )     |   |    |    |
|                       |   |          |     |              | 勤務先〃 | ( )     |   |    |    |
|                       |   |          |     |              | 携帯電話 | ( )     |   |    |    |
| 身<br>元<br>引<br>受<br>人 | (連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。)                               |          |     |              |      |         |   |    |    |
|                       | (フリガナ) .....  |          | (印) | 患者さんとの続柄 ( ) |      | 明・大・昭・平 | 年 | 月  | 日生 |
|                       | 氏名  |          |     |              |      |         |   |    |    |
|                       | 現住所 (〒 - )  |          |     |              |      |         |   |    |    |
|                       |   |          | 県   | 市・郡          | 区    |         |   | 町村 |    |
|                       |   | 勤務先名(職業) |     |              | 自宅電話 | ( )     |   |    |    |
|                       |   |          |     |              | 勤務先〃 | ( )     |   |    |    |
|                       |   |          |     |              | 携帯電話 | ( )     |   |    |    |

- (お願い) ① 太枠の中を記入し、該当する所に○印を付けてください。  
 ② 記載事項に変更がある場合、患者サービス課入院受付までお知らせください。

九大病院の入院は、初めてですか？

1. はい                      2. いいえ

↓

3ヶ月以内に同じ病気で他の病院に入院したことがありますか？

1. はい                      2. いいえ

|    |  |
|----|--|
| 病院 |  |
|    |  |

1. はい                      2. いいえ

|   |   |    |   |   |    |
|---|---|----|---|---|----|
| 月 | 日 | から | 月 | 日 | まで |
|   |   |    |   |   |    |

| 患者コード |    |    |     |    |  |
|-------|----|----|-----|----|--|
|       |    |    |     |    |  |
| 社保    | 国保 | 私費 | 受付印 | 給食 |  |
| 後期高齢  |    |    |     |    |  |
| 本人・家族 |    |    |     | 住所 |  |
| 公費    |    |    |     |    |  |

※「病衣」借りる・借りない