## 入院申込書兼誓約書

## 医療法人秀明会 小池病院 院長殿

住

所

電話番号

この度、貴院に入院するにあたり諸規則を遵守することを誓約し、入院を申し込みます。

- 1. 入院に関する諸規則・注意事項を守り、治療に専念いたします。
- 2. 入院中は、医師、看護師等を信頼し、その療養と退院の指示に従います。
- 3. 入院費、その他の諸費用については、入院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。
- 4. 保険外負担について、その使用量、利用回数に応じた実費負担することに同意します。
- 5. オンライン資格確認による限度額適用認定証情報、限度額適用・標準負担額减額認定証情報の取得・適用 に同意します。※同意により、限度額認定証の提示は不要となります。
- 6. 医療向上への寄与の為、研修・研究活動(医療の質の向上を目的とした症例研究、臨床研究のためのデータ収集と学会、研究会、学会誌などでの報告)への個人情報の利用について同意します。

※利用目的の範囲を超えて使用することはいたしません。また個人を識別あるいは、特定できない状態にした上で利用いたします。

【入院される方】 記入日 年 月 H 氏 名(自署) 住 所 電話番号 過去3カ月以内に他医療機関に入院されたことがある方は記入してください。 医療機関名 傷病名 入院期間 月 ∃~ 月  $\exists$ 【身元保証人】入院される方の一番身近な方 氏 名(自署) 続 柄 住 所 電話番号 【連帯保証人】※入院される方と別世帯の方 記入日 年 月  $\mathbb{H}$ 連帯保証人は、入院費等の支払い債務について、保証限度額30万円の範囲内で保証債務を負います。 氏 名(自署) 続 柄