

## 入院証書

熊本リハビリテーション病院長殿

病室

 号

この度、貴院に入院するにあたり、病院の諸規則や下記の事項について十分な説明を受け、ここに連帯保証人と連署をもって誓約及び承諾いたします。

### 記

#### 【誓約事項】

- 1.病院の諸規則及び診療上の職員の指示を遵守致します。
- 2.診療に関する患者負担の費用については、貴院から指示があり次第、遅滞なく支払います。  
万一遅滞の場合には、連帯保証人が本人と連帯して支払いの責任を負います。
- 3.退院の指示があった場合は、必ず期日までに退院致します。  
尚、本人の退院先について、諸般の事情により退院が困難な場合には、連帯保証人が本人を引き取ります。
- 4.連帯保証人に転居等の事情により、変更が生じた場合は、新たな連帯保証人を選定し、速やかに病院に届出致します。

#### 【承諾事項】

- 1.入院中は病院職員の指示に従って頂くことが必要ですが、万一指示に従うことなく、自身の能力を超えた行動の結果としての事故につきましては、病院は責任を負いかねる事がありますので、何卒御了承ください。
- 2.入院時は、自家用車の持ち込みはご遠慮ください。万一持ち込みされ、車上荒らし等の被害に遭われても当院は責任を負いませんので御了承下さい。
- 3.パソコン及び電気器具等は病院長の許可を受けて使用してください。但し、万一、停電等によるトラブルが発生しても当院は責任を負いませんので御了承ください。
- 4.当院は敷地内禁煙となっています、建物はもちろん駐車場や車両の中でも禁煙となっております。ご理解とご協力をお願いします。
- 5.連帯保証人は、独立した生計を営んでいる方で、できるだけ熊本県内在住者の方を選定してください。  
尚、未成年者及び禁治産者は、連帯保証人には該当いたしません。
- 6.連帯保証人の方には、連絡をとらせて頂く事がありますので、御了承ください。

平成 年 月 日

患者	氏名	印	男・女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 ( ) 歳
	住所	〒( - )			TEL ( )
	勤務先				TEL ( )

連帯保証人 / 親族	氏名	印	男・女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 ( ) 歳
	住所	〒( - )			TEL ( )
	勤務先				TEL ( ) 患者との続柄( )

連帯保証人	氏名	印	男・女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 ( ) 歳
	住所	〒( - )			TEL ( )
	勤務先				TEL ( ) 患者との続柄( )

#### 【記入上の注意】

記入は黒のボールペンでご記入ください。

提出の際には、記入漏れ、捺印の確認をお願い致します。

印の欄は記入しないでください。