

京都

記入例

院長 殿

## 入院申込書

患者	入院日	西暦 20XX 年 ○○月 △△日	診療科	血液内科
	診療番号	00-000-120	ふりがな	きょうだい たろう
	生年月日	西暦 20XX 年 □□月 ◇◇日	氏名	京大 太郎

## 入院誓約書

入院に際しては貴院の諸規則ならびに医師等の診療上の指示に従います。

1. 私は貴院の諸規則を遵守し、医師等貴院職員の指示に従い、入院案内の事項を守ります。

万一、違反したときは、退院を命じられても異議は申しません。

2. 入院料金等の請求を受けた場合は、遅滞なく支払います。

3. 次の行為があった場合は、診療をお断りする、院外退去を求める、警察へ通報するなどの措置が講じられることを了承します。

ア. 円滑な診療や業務を妨害する行為

イ. 他の患者さんや職員に対する暴言、暴力、威嚇行為、その他の迷惑行為

ウ. 病院内での器物破損行為

エ. 職員に対する文書作成等に関する強要や、執拗な説明・面談要求行為

オ. 病院内での文書の無断掲示、文書配布、物品販売、勧誘行為

カ. 入院中の病院敷地内及び病院周辺路上などでの飲酒や喫煙、無断外出、無断外泊

\*飲酒にはノンアルコール飲料を含み、喫煙には電子タバコ、非燃焼、加熱式タバコ等を含みます。

上記を理解し、遵守することを約束します。

記入日

20XX 年 ○○月 △△日

署名（患者又は親権者等）

京大 太郎

京都

記入例

院長 殿

下

ら退院日までの診療費等の支払いについては、患者本人および  
診療費等支払者または、連帯保証人が責任をもって必ず期日までに遅滞なく支払います。

## 入院保証書兼支払確認書

患者	入院日	西暦 20XX 年 ○○月 △△日		診療科	血液内科	
	〒 住所	606-8507 京都府京都市左京区吉田×××12				
	診療番号	00-000-120		ふりがな 氏名	きょうだい たろう 京大 太郎	
	生年月日	西暦 20XX 年 □□月 ◇◇日				
診療費等支払者	診療費等支払者となる方に「✓」をつけてください <input type="checkbox"/> 患者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 患者本人以外（支払能力を有する方 → 点線内の記載をお願いします）					
	・ 患者さんが精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く状況に在る場合は親権者または後見人の記入をお願いします。 ・ 入院費用に関する請求書は診療費等支払者の住所に後日郵送となります。					
	診療費等支払者が患者本人以外の場合、あるいは請求書送付先が患者本人住所と異なる場合は下記の点線内の記載をお願いします。					
	〒 606-8507 住所 京都府京都市左京区聖護院川原町54					
	ふりがな きょうだい みやこ 氏 名 京大 都				性別 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	患者との関係 姉
	生年月日	西暦 20XX 年 □□月 ◇◇日		自宅電話 携帯電話	075 ( 751 ) 3111 070 ( XXXX ) XXXX	
連帯保証人	万一、指定の期日までに診療費の支払いができなかった場合には、60万円を限度とし、連帯保証人が診療費等支払者と連携して滞り無く支払います。 ※連帯保証人は、患者とは別に生計を営み、支払い能力のある成年者の方の記載をお願いします。 患者の配偶者は日常の家事に関する債務（医療費を含む）に連帯責任がありますので、連帯保証人にはなれません。					
	〒 606-8507 住所 京都府京都市左京区吉田×××45					
	ふりがな きょうだい はなこ 氏 名 京大 花子				性別 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	患者との関係 母
	生年月日	西暦 19XX 年 □□月 ◇◇日		自宅電話 携帯電話	075 ( 751 ) 3111 070 ( XXXX ) XXXX	

※原則として、診療費等支払者と連帯保証人欄の点線内の記載は、それぞれ自らが記載してください。

京都大学医学部附属病院長 殿

入院申込書

患者	入院日	西暦 年 月 日	診療科	
	診療番号		ふりがな	
	生年月日	西暦 年 月 日	氏名	

入院誓約書

入院に際しては貴院の諸規則ならびに医師等の診療上の指示に従います。

1. 私は貴院の諸規則を遵守し、医師等貴院職員の指示に従い、入院案内の事項を守ります。

万一、違反したときは、退院を命じられても異議は申しません。

2. 入院料金等の請求を受けた場合は、遅滞なく支払います。

3. 次の行為があった場合は、診療をお断りする、院外退去を求める、警察へ通報するなどの措置が講じられることを了承します。

ア. 円滑な診療や業務を妨害する行為

イ. 他の患者さんや職員に対する暴言、暴力、威嚇行為、その他の迷惑行為

ウ. 病院内での器物破損行為

エ. 職員に対する文書作成等に関する強要や、執拗な説明・面談要求行為

オ. 病院内での文書の無断掲示、文書配布、物品販売、勧誘行為

カ. 入院中の病院敷地内及び病院周辺路上などでの飲酒や喫煙、無断外出、無断外泊

\*飲酒にはノンアルコール飲料を含み、喫煙には電子タバコ、非燃焼、加熱式タバコ等を含みます。

上記を理解し、遵守することを約束します。

記入日

年 月 日

署名（患者又は親権者等）

京都大学医学部附属病院長 殿

下記患者の入院日から退院日までの診療費等の支払いについては、患者本人および診療費等支払者または、連帯保証人が責任をもって必ず期日までに遅滞なく支払います。

## 入院保証書兼支払確認書

患者	入院日	西暦	年	月	日	診療科				
	〒 住所									
	診療番号					ふりがな 氏名				
	生年月日	西暦	年	月	日					
診療費等支払者	診療費等支払者となる方に「✓」をつけてください <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者本人以外（支払能力を有する方 → 点線内の記載をお願いします）									
	・ 患者さんが精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く状況に在る場合は親権者または後見人の記入をお願いします。									
	・ 入院費用に関する請求書は診療費等支払者の住所に後日郵送となります。									
	診療費等支払者が患者本人以外の場合、あるいは請求書送付先が患者本人住所と異なる場合は下記の点線内の記載をお願いします。									
	〒 住所									
	ふりがな 氏 名				性別 男 ・ 女		患者との関係			
生年月日		西暦	年	月	日	自宅電話 携帯電話	(       ) (       )			
連帯保証人	万一、指定の期日までに診療費の支払いができなかった場合には、60万円を限度とし、連帯保証人が診療費等支払者と連携して滞り無く支払います。 ※連帯保証人は、患者とは別に生計を営み、支払い能力のある成年者の方の記載をお願いします。 患者の配偶者は日常の家事に関する債務（医療費を含む）に連帯責任がありますので、連帯保証人にはなれません。									
	〒 住所									
	ふりがな 氏 名				性別 男 ・ 女		患者との関係			
	生年月日		西暦	年	月	日	自宅電話 携帯電話	(       ) (       )		

※原則として、診療費等支払者と連帯保証人欄の点線内の記載は、それぞれ自らが記載してください。