

入院申込書 兼 誓約書

記入例

提出先 外来棟1階
入退院受付

京都大学医学部附属病院長 殿

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。

- 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。
- 診療費等の請求を受けた場合は、遅滞なく支払います。
- 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・警察へ通報する等の措置が講じられることを了承します。
 - 円滑な診療や業務を妨害する行為
 - 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
 - 病院内での器物破損行為
 - 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
 - 病院内での文書の無断掲示、文書配布、物品販売、勧誘行為
 - 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、喫煙には電子タバコ、非燃焼、加熱式タバコ等を含みます。

チェック
してください



上記内容を遵守し、下記のとおり入院を申し込みます

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	きょうだい たろう
	生年月日	西暦 20XX 年 □□ 月 ◇◇ 日	氏名	京大 太郎
	臓器提供について『提供する』『提供しない』のいずれかにかかわらず、ご自身の意思をマイナンバーカード等へ表示されていますか？		当てはまるものにチェック✓をしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
親権者または 後見人	↓患者が未成年者、心神喪失者の場合はご記入ください（該当しない場合は記載不要です）			
	ふりがな	きょうだい みやこ	生年月日	西暦 20XX 年 □□ 月 ◇◇ 日
	氏名	京大 都	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	患者との関係	姉	自宅電話 075 (751) 3111 携帯電話 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帯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。 ※連帯保証人欄の事項は、連帯保証人ご本人が自筆でご記入ください。			
	住所	〒 606-8507 京都府京都市左京区吉田×××45		
	ふりがな	きょうだい はなこ	性別	患者との関係
	氏名	京大 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	母
生年月日	西暦 19XX 年 □□ 月 ◇◇ 日	自宅電話 075 (751) 311 携帯電話 070 (XXXX) XXXX		

※診療費の請求書は、患者本人の住所へ計算が出来次第送付いたします。（目安、退院後2週間程度）

※患者本人の住所以外へ請求書の送付を希望される場合は、退院までに入退院受付へお申し出ください。

入院申込書 兼 誓約書

提出先

外来棟1階
入退院受付

京都大学医学部附属病院長 殿

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。

- 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。
- 診療費等の請求を受けた場合は、遅滞なく支払います。
- 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・警察へ通報する等の措置が講じられることを了承します。
 - 円滑な診療や業務を妨害する行為
 - 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
 - 病院内での器物破損行為
 - 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
 - 病院内での文書の無断掲示、文書配布、物品販売、勧誘行為
 - 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、喫煙には電子タバコ、非燃焼、加熱式タバコ等を含みます。

チェック✓
してください



上記内容を遵守し、下記のとおり入院を申し込みます

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					
臓器提供について『提供する』『提供しない』のいずれかにかかわらず、ご自身の意思をマイナンバーカード等へ表示されていますか？						当てはまるものにチェック✓をしてください。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
親権者または 後見人	↓患者が未成年者、心神喪失者の場合はご記入ください（該当しない場合は記載不要です）									
	ふりがな					生年月日	西暦	年	月	日
	氏名					性別	男・女	患者との関係		
	性別	男・女	患者との関係			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帯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。 ※連帯保証人欄の事項は、連帯保証人ご本人が自筆でご記入ください。									
	住所	〒								
	ふりがな					性別	患者との関係			
	氏名					男・女				
	生年月日	西暦	年	月	日	自宅電話 携帯電話	() ()			

※診療費の請求書は、患者本人の住所へ計算が出来次第送付いたします。（目安、退院後2週間程度）

※患者本人の住所以外へ請求書の送付を希望される場合は、退院までに入退院受付へお申し出ください。