

入院証書

貴院に入院診療を依頼します上は、下記の事項を守り決して貴院にご迷惑をかけないことを保証人と連帯の上約束し本書を差入れます。

記

1. 診療、手術、分娩等については、一切お任せいたします
2. 主治医の指示に従わないときは退院を命ぜられても異議を申しません
3. 貴院の指定期日に入院診療費を支払います

※退院の精算は基本的に退院日の9:00~11:00の間でお願いします

※出生証明書は、退院日ご精算後にお渡します

■患者様記入欄

患者様ご本人			
フリガナ お名前	⑩	職業	
現住所			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 (才)
電話番号	()		
配偶者(パートナー)			
フリガナ お名前	⑩	(才)	
現住所			
電話番号	()	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> その他()
緊急連絡先	()		
勤務先	名称:	住所:	
		電話番号:	()

■保証人記入欄

フリガナ			
お名前	⑩	(才)	
現住所			
電話番号	()	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> その他()
緊急連絡先	()		
勤務先	名称:	住所:	
		電話番号:	()
患者様との関係			

※注意 保証人は患者様ご本人・配偶者(パートナー)様以外の方で、支払能力のある成年者であること

砂町産婦人科 院長殿

20 年 月 日