

患者氏名 :
患者ID :

中文/中国語

住院申请表（兼誓约书） /入院申込書（兼誓約書）

医院名称/病院名 : _____ 院长/病院長

本人保证这次在贵院住院期间，遵守包括下列条款的院内各项规定。本人与申请人、身份保证人、连带保证人联名保证，如有违反各项规定，或被认为给其他患者带来困扰，同意按照贵院的指示立即出院，无论在什么情况下都不给贵院带来麻烦。

/貴院に入院するに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。

万が一、各種規則に違反、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い、即時退院することを了承致します。その他、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を申込者、身元保証人、连带保証人と連署の上、誓約いたします。

記

1. 住院人、申请人或连带保证人将在规定的日期前全额付清住院费等各项费用。
/入院料その他の諸費用については、入院者、申込者又は连带保証人が指定の期日までに全額を支払います。
2. 关于本人的身份行为，由身元保证人负全责。
/本人の身元については、身元保証人において一切引き受けを致します。
3. 医院通知出院后，身元保证人负责在规定的日期带患者出院。
/退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。
4. 在规定的期限内提交贵院指定的资料、证明书等。
/貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。

以上

患者氏名：

患者ID：

※如果住院人与申请人为同一人，无需填写申请人栏。

/入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。

申请人/申込者			
姓名/氏名		性别/性別	<input type="checkbox"/> 男/男 <input type="checkbox"/> 女/女
出生年月日 /生年月日	年/年 月/月 日/日 (周岁/歳)	与患者的关系 /患者との関係	
住址/住所			
家庭电话 /電話 (自宅)		手机号码 /電話 (携帯)	
工作单位 /勤務先名		单位电话 /電話 (勤務先)	

盖章或签字/押印又は署名：

日期/日付：_____

住院人/入院者			
姓名/氏名		性别/性別	<input type="checkbox"/> 男/男 <input type="checkbox"/> 女/女
出生年月日 /生年月日	年/年 月/月 日/日 (周岁/歳)		
住址/住所			
家庭电话 /電話 (自宅)		手机号码 /電話 (携帯)	
工作单位 /勤務先名		单位电话 /電話 (勤務先)	

盖章或签字/押印又は署名：

日期/日付：_____

患者氏名 :

患者ID :

中文/中国語

住院期间紧急联系电话/入院中の緊急連絡先			
姓名/氏名		性别/性別	<input type="checkbox"/> 男/男 <input type="checkbox"/> 女/女
日语 /日本語	<input type="checkbox"/> 会/できる <input type="checkbox"/> 不会/できない (语言/言語)	与患者的关系 /患者との関係	
家庭电话 /電話 (自宅)		手机号码 /電話 (携帯)	
工作单位 /勤務先名		单位电话 /電話 (勤務先)	

身元保证人，是为住院人本人的身份行为担保的人。
/身元保証人とは、入院者本人の身元を保証する人です。

身元保证人/身元保証人			
姓名/氏名		性别/性別	<input type="checkbox"/> 男/男 <input type="checkbox"/> 女/女
出生年月日 /生年月日	年/年 月/月 日/日 (周岁/歳)	与患者的关系 /患者との関係	
住址/住所			
家庭电话 /電話 (自宅)		手机号码 /電話 (携帯)	
工作单位 /勤務先名		单位电话 /電話 (勤務先)	

盖章或签字/押印又は署名 :

日期/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

中文/中国語

当住院人本人没有能力履行债务时，连带保证人需要承担责任；当住院人无力缴纳费用等不能承担责任时，连带保证人有代理缴纳的义务。

/連帯保証人は、入院者本人が債務履行能力不能の場合責任を負う立場であり、入院者が費用を支払えないなどの、責任を負えない場合には代理で支払う義務を負います。

连带保証人/連帯保証人			
姓名/氏名		性別/性別	<input type="checkbox"/> 男/男 <input type="checkbox"/> 女/女
出生年月日 /生年月日	年/年 月/月 日/日 (周岁/歳)	与患者的关系 /患者との関係	
住址/住所			
家庭电话 /電話 (自宅)		手机号码 /電話 (携帯)	
工作单位 /勤務先名		单位电话 /電話 (勤務先)	

我（连带保证人）保证，如果在规定的期限内，住院费等各项费用如有全部或部分未缴纳，我将连带承担责任。

/私（連帯保証人）は、入院料、その他の諸費用の全部又は一部が指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

盖章或签字/押印又は署名：

日期/日付：_____

※关于患者的个人信息，我们会根据医院规定妥善管理。

/患者さんの個人情報については院内の規定に基づき対応させていただきます。