

Hospital Admission Application Form and Declaration Form

/入院申込書（兼誓約書）

To the director of/病院長

_____ (Hospital name/病院名)

Before being admitted to the hospital, I agree to comply fully with its rules and regulations.

I, the patient, understand that I will be promptly discharged in accordance with the hospital's instructions if I violate any of the rules and regulations, including those described below, or if it is decided that I am disturbing other patients. I declare that I will not cause any trouble in the hospital under any circumstances by signing jointly with the applicant, the guarantor, and the joint guarantor.

/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、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

記

- 1 Admission charges and all other expenses will be paid in full by the applicant, the joint guarantor, or myself by the specified due date.

/入院料その他の諸費用については、入院者、申込者又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。

- 2 My guarantor is completely responsible for my behavior.

/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 If I am instructed to leave the hospital, my guarantor will be responsible for making sure that I leave on the specified date.

/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 I will provide the hospital with all requested documents and certificates by the specified date.

/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 :

English/英語

*If the patient is the same person as the applicant, entries are not required for following section.

/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。

Applicant/申込者			
Name /氏名		Sex /性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女
Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Year/年 Month/月 Day/日 (years old/歳)	Relationship /患者との関係	
Address /住所			
Phone No. (Home) /電話（自宅）		Phone No. (Mobile) /電話（携帯）	
Place of work /勤務先名		Phone No. (Work) /電話（勤務先）	

Seal or signature/押印又は署名 :

Date/日付 : _____

Patient/入院者			
Name /氏名		Sex /性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女
Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Year/年 Month/月 Day/日 (years old/歳)		
Address /住所			
Phone No. (Home) /電話（自宅）		Phone No. (Mobile) /電話（携帯）	
Place of work /勤務先名		Phone No. (Work) /電話（勤務先）	

Seal or signature/押印又は署名 :

Date/日付 : _____

患者氏名 :

患者ID :

English/英語

Emergency contact during hospitalization/入院中の緊急連絡先			
Name /氏名		Sex /性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女
Do speak and understand Japanese? /日本語	<input type="checkbox"/> Yes/できる <input type="checkbox"/> No/できない (What language does he/she speak? /言語)	Relationship /患者との関係	
Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Place of work /勤務先名		Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

The Guarantor is the person who provides a warrant or guarantee to this patient.

/身元保証人とは、入院者本人の身元を保証する人です。

Guarantor/身元保証人			
Name /氏名		Sex /性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女
Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Year/年 Month/月 Day/日 (years old/歳)	Relationship /患者との関係	
Address /住所			
Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Place of work /勤務先名		Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Seal or signature/押印又は署名 :

Date/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Joint Guarantorship is a legal guarantee undertaken by a patient and a guarantor in which the guarantor can be held responsible for repaying the whole of the medical expense debt if the patient does not hold to his responsibility.

/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。

Joint Guarantor/連帯保証人			
Name /氏名			Sex /性別 <input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女
Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Year/年 Month/月 Day/日 (years old/歳)	Relationship /患者との関係	
Address /住所			
Phone No. (Home) /電話（自宅）		Phone No. (Mobile) /電話（携帯）	
Place of work /勤務先名		Phone No. (Work) /電話（勤務先）	

I, the joint guarantor, agree to be jointly responsible for the payment of expenses if all or part of the medical expenses, including admission charges and all other charges, are not paid by the specified due date.

/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。

Seal or signature/押印又は署名：

Date/日付：_____

*Your personal information will be handled in accordance with the regulations of the institution.

/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。