

分娩予約申込書(兼誓約書)

医療法人清風会 岡村産科婦人科 院長 殿

平成 年 月 日

下記の者について、分娩予約申込みをします。

入院中は、諸規定を守り、医師・看護師等の指示を守って療養に専念します。また、入院中の一切の費用は、請求の際必ず支払います。入院患者の一身上のことは、すべて保証人において引き受けることを誓約します。

フリガナ			診察券番号	
患者氏名			職業	
生年月日	昭・平	年 月 日	分娩予定日	平成 年 月 日
住所	〒	—	電話番号	自宅() — 携帯() —
緊急時連絡先①	フリガナ		続柄	
	氏名			
緊急時連絡先②	住所	〒	電話番号	自宅() — 携帯() — 携帯() — (本人以外で連絡を取れる方)
	フリガナ		続柄	
緊急時連絡先②	氏名			
	住所	〒	電話番号	自宅() — 携帯() — 携帯() — (本人以外で連絡を取れる方)

- 必ず**全ての枠の中をご記入ください**。「同上」は使用せず、正しい住所をご記入ください。
- 緊急時連絡先は、緊急時に医師からの説明と同意をいただける方の優先順位でご記入ください。
- 分娩予約申込書と産科医療補償制度登録証は、必ず**妊娠 19 週 6 日までに 2 つ併せて**ご提出ください。
- 母子への支援が必要と判断された場合、連携病院や行政に情報提供させていただくことがあります。

保 証 人	住所	〒	—	電話番号	自宅() — 携帯() —
	フリガナ			職業	
	氏名		⑩		
連 帯 保 証 人	生年月日	昭・平	年 月 日	続柄	
	住所	〒	—	電話番号	自宅() — 携帯() —
	フリガナ			職業	
連 帯 保 証 人	氏名		⑩		
	生年月日	昭・平	年 月 日	続柄	

- 保証人・連帯保証人は、いずれも支払能力のある成年者であること。
また、記入は**保証人・連帯保証人本人の直筆**であること。
- 連帯保証人は、**患者・保証人と別世帯の成年者**で、独立の生計を営み、諸費用を支払う能力のある者であること。例) 保証人 → 夫 連帯保証人 → 両親や兄弟など別世帯の成年者
- 印鑑にシャチハタは使用しないでください。
- 入院費をお支払い頂けない場合、当院から保証人・連帯保証人に直接連絡を取り、その方にお支払いして頂きます。**