

Solicitação para internação (e Termos de responsabilidade) /入院申込書（兼誓約書）

A/C: Sr. Diretor do Hospital/病院長, _____
(Nome do hospital/病院名)

Pelo presente termo, ao ser internado neste hospital, assumo o compromisso de respeitar as normas estabelecidas no regulamento interno deste hospital. O solicitante/paciente, seu responsável legal e fiador corresponsável declaram estar de acordo, firmados em assinatura conjunta, de no caso de violação a qualquer tipo de regulamento, incluindo os abaixo relacionados. Ainda, quando for considerado como um transtorno a outros pacientes, cumprirá as instruções deste hospital e aceitará a retirada hospitalar imediata, e em qualquer circunstância não causará transtornos a este hospital.

/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 Todos os honorários referentes à internação e outras despesas serão pagos pelo paciente a ser internado, o solicitante ou o fiador até o vencimento indicado.
/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 O responsável legal irá assumir todas as responsabilidades sobre a pessoa do paciente.
/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 Caso seja instruída a retirada do hospital, o responsável legal irá receber o paciente na data designada.
/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 Apresentará todos os documentos e certificados indicados por este hospital até a data designada.
/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 :

Português/ポルトガル語

*Se o Solicitante for o próprio Paciente, não será necessário o preenchimento do campo do Solicitante.
/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。

Solicitante/申込者			
Nome /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia) /生年月日	Ano/年 Mês/月 Dia/日 (Anos/歳)	Relação com o paciente /患者との関係	
Endereço /住所			
Telefone residencial /電話 (自宅)		Telefone celular /電話 (携帯)	
Nome do local de trabalho /勤務先名		Telefone do local de trabalho /電話 (勤務先)	

Carimbo ou assinatura/押印又は署名 :

Data/日付 : _____

Paciente/入院者			
Nome /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia) /生年月日	Ano/年 Mês/月 Dia/日 (Anos/歳)		
Endereço /住所			
Telefone residencial /電話 (自宅)		Telefone celular /電話 (携帯)	
Nome do local de trabalho /勤務先名		Telefone do local de trabalho /電話 (勤務先)	

Carimbo ou assinatura/押印又は署名 :

Data/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

Contato de emergência durante a internação/入院中の緊急連絡先			
Nome /氏名		Sexo/性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Língua japonesa /日本語	<input type="checkbox"/> Entende/できる <input type="checkbox"/> Não Entende/できない (fala a língua/言語)	Relação com o paciente /患者との関係	
Telefone residencial /電話 (自宅)		Telefone celular /電話 (携帯)	
Nome do local de trabalho /勤務先名		Telefone do local de trabalho /電話 (勤務先)	

Refere-se como Responsável legal àquele que é responsável pela própria pessoa que é internada.
/身元保証人とは、入院者本人の身元を保証する人です。

Responsável legal/身元保証人			
Nome /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia) /生年月日	Ano/年 Mês/月 Dia/日 (Anos/歳)	Relação com o paciente /患者との関係	
Endereço /住所			
Telefone residencial /電話 (自宅)		Telefone celular /電話 (携帯)	
Nome do local de trabalho /勤務先名		Nome do local de trabalho /勤務先名	

Carimbo ou assinatura/押印又は署名 :

Data/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

O fiador corresponsável tem como dever como representante do paciente internado, de pagar as despesas médicas, quando o paciente internado estiver em débito de pagamento por não ter condições de cumprir com as suas obrigações.

/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。

Fiador corresponsável/連帯保証人			
Nome /氏名		Sexo /性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia) /生年月日	Ano/年 Mês/月 Dia/日 (Anos/歳)	Relação com o paciente /患者との関係	
Endereço /住所			
Telefone residencial /電話 (自宅)		Telefone celular /電話 (携帯)	
Nome do local de trabalho /勤務先名		Nome do local de trabalho /勤務先名	

Caso os pagamentos de todo ou parte dos honorários referentes à internação e outras despesas não forem efetuados até o vencimento indicado, eu (fiador), em corresponsabilidade, assumo as obrigações sobre o pagamento destes.

/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。

Carimbo ou assinatura /押印又は署名 :

Data/日付 : _____

*As informações pessoais dos pacientes serão tratadas conforme os regulamentos internos deste hospital.

/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。