

Форма заяви на госпіталізацію і форма декларації /Hospital Admission Application Form and Declaration Form /入院申込書（兼誓約書）

Керівникові/To the director of/病院長 _____

(Назва лікарні/Hospital name/病院名)

Перед госпіталізацією я зобов'язуюсь дотримуватися всіх її правил та норм.

Я, як пацієнт, розумію, що мене буде негайно виписано з лікарні відповідно до лікарняних інструкцій, якщо я порушу правила та норми, в тому числі ті, що описано нижче, або якщо буде вирішено, що я заважаю іншим пацієнтам. Я заявляю, що за жодних обставин не створюватиму проблем у лікарні. Заява підписується спільно заявником, поручителем та співпоручителем.

/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. Плату за госпіталізацію та всі інші витрати буде сплачено в повному обсязі заявником, співпоручителем або мною до зазначеної дати.

/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. Мій поручитель несе повну відповідальність за мою поведінку.

/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. Якщо мені накажуть покинути лікарню, мій поручитель відповідатиме за те, щоб я полишив її в указану дату.

/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. Я надам лікарні всі запитані документи та довідки до зазначеної дати.

/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 :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

*Якщо пацієнт є тією ж особою, що і заявник, то у наведеному нижче розділі нічого записувати не потрібно.
/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。

Заявник/Applicant/申込者			
Ім'я/Name /氏名		Стать/Sex /性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女
Дата народження (RRRR/MM/DD) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日 (років/years old/歳)	Рідні /Relationship /患者との関係	
Адреса/Address /住所			
Номер телефону (домашній) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Номер телефону (мобільний) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Місце роботи /Place of work /勤務先名		Номер телефону (робота) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Печатка або підпис/Seal or signature/押印又は署名 :

Дата/Date/日付 : _____

Пацієнт/Patient/入院者			
Ім'я/Name /氏名		Стать/Sex /性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女
Дата народження (RRRR/MM/DD) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日 (років/years old/歳)		
Адреса/Address /住所			
Номер телефону (домашній) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Номер телефону (мобільний) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Місце роботи /Place of work /勤務先名		Номер телефону (робота) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Печатка або підпис/Seal or signature/押印又は署名 :

Дата/Date/日付 : _____

患者氏名 :

患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Контакт для екстреного зв'язку під час госпіталізації/Emergency contact during hospitalization /入院中の緊急連絡先			
Ім'я/Name /氏名		Стать/Sex /性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女
Японська/Japanese /日本語	<input type="checkbox"/> Я можу/I can /できる <input type="checkbox"/> Я не можу/I can't /できない (мова/language/言語)	Рідні /Relationship /患者との関係	
Номер телефону (домашній) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Номер телефону (мобільний) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Місце роботи /Place of work /勤務先名		Номер телефону (робота) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Поручитель — це особа, яка надає гарантію цьому пацієнтові.

/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。

Поручитель/Guarantor/身元保証人			
Ім'я/Name /氏名		Стать/Sex /性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女
Дата народження (RRRR/MM/DD) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日 (роки/years old/歳)	Рідні /Relationship /患者との関係	
Адреса/Address /住所			
Номер телефону (домашній) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Номер телефону (мобільний) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Місце роботи /Place of work /勤務先名		Номер телефону (робота) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Печатка або підпис/Seal or signature/押印又は署名 :

Дата/Date/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Спільна порука — це юридична гарантія між пацієнтом і поручителем, згідно з якою поручителя може бути притягнуто до відповідальності у справі погашення всієї заборгованості за медичними витратами, якщо пацієнт не виконає свого зобов'язання.

/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。

Співпоручитель/Joint Guarantor/連帯保証人			
Ім'я/Name /氏名		Стать/Sex /性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女
Дата народження (РРРР/ММ/ДД) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日 (років/years old/歳)	Рідні /Relationship /患者との関係	
Адреса/Address /住所			
Номер телефону (домашній) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Номер телефону (мобільний) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Місце роботи /Place of work /勤務先名		Номер телефону (робота) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Я, як співпоручитель, погоджуюся нести спільну відповідальність за сплату витрат, якщо всі медичні витрати або їхню частину, в тому числі плату за госпіталізацію та всі інші витрати, не буде сплачено до зазначеної дати.

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。

Печатка або підпис/Seal or signature/押印又は署名 :

Дата/Date/日付 : _____

*Ваші персональні дані оброблятимуться відповідно до правил установи.

/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。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

Цей український переклад підготовлено під наглядом лікарів, юридичних експертів або інших осіб. Коли будь-яка різниця в тлумаченні виникає через нюансову різницю в суміжних мовах або системах, японському оригіналу надається пріоритет.