

患者氏名 :
患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

แบบฟอร์มคำร้องขอรักษาตัวในโรงพยาบาล
/Hospital Admission Application Form and Declaration Form
/入院申込書 (兼誓約書)

ถึงผู้อำนวยการ/To the director of/病院長 _____

(ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name/病院名)

ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับและยินยอมที่จะปฏิบัติตามกฎทั้งหมดของโรงพยาบาล

และในฐานะผู้ป่วย ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนกฎและข้อบังคับต่างๆ รวมถึงข้อบังคับที่ได้อธิบายไว้ด้านล่าง หรือ ถ้าหากข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาว่า

มีการกระทำใดๆที่รบกวนผู้ป่วยรายอื่น ข้าพเจ้าขอรับในการตัดสินใจปล่อยตัวข้าพเจ้าออกจากโรงพยาบาลโดยไม่มีข้อยกเว้น

ในการลงนามร่วมกันระหว่างข้าพเจ้า ผู้รับประกัน และผู้รับประกันร่วม ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่สร้างปัญหาในโรงพยาบาลไม่ว่าในกรณีใดๆ

/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

- ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งหมดจะต้องชำระเต็มจำนวนโดยผู้สมัคร ผู้รับประกันร่วม หรือข้าพเจ้า ภายในวันที่กำหนด
/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。
- ผู้รับประกันของข้าพเจ้าจะเป็นผู้รับผิดชอบต่อความประพฤติทั้งหมดของข้าพเจ้า
/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。
- หากข้าพเจ้าถูกสั่งให้ออกจากโรงพยาบาล ผู้รับประกันของข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบในการให้ข้าพเจ้าออกจากโรงพยาบาลตามวันที่กำหนด
/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。
- ข้าพเจ้าจะจัดเตรียมเอกสารและใบรับรองที่ร้องขอทั้งหมดให้โรงพยาบาลภายในวันที่กำหนด
/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 :

ไทย/Thai/タイ語

* หากผู้ป่วยเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้สมัคร ไม่จำเป็นต้องเขียนอะไรในส่วนด้านล่าง

/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。

ผู้สมัคร/Applicant/申込者			
ชื่อ/Name /氏名		เพศ/Sex /性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女
วันเกิด (ปปปป/ดด/วว) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日 (ปี/years old/歳)	ความสัมพันธ์ /Relationship /患者との関係	
ที่อยู่/Address /住所			
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
บริษัทที่ทำงาน /Place of work /勤務先名		หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

ตราประทับหรือลายเซ็น/Seal or signature/押印又は署名 :

วันที่/Date/日付 : .

ผู้ป่วย/Patient/入院者			
ชื่อ/Name /氏名		เพศ/Sex /性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女
วันเกิด (ปปปป/ดด/วว) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日 (ปี/years old/歳)		
ที่อยู่/Address /住所			
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
บริษัทที่ทำงาน /Place of work /勤務先名		หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

ตราประทับหรือลายเซ็น/Seal or signature/押印又は署名 :

วันที่/Date/日付 : .

患者氏名 :

患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

การติดต่อฉุกเฉินระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล/Emergency contact during hospitalization /入院中の緊急連絡先			
ชื่อ/Name /氏名		เพศ/Sex /性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女
ญี่ปุ่น/Japanese /日本語	<input type="checkbox"/> สามารถ/I can /できる <input type="checkbox"/> ไม่สามารถ/I can't /できない (ภาษา/language/言語)	ความสัมพันธ์ /Relationship /患者との関係	
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
บริษัทที่ทำงาน /Place of work /勤務先名		หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

ผู้ค้ำประกันคือนบุคคลที่ให้หลักประกันแก่ผู้ป่วยรายนี้.

/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。

ผู้ค้ำประกัน/Guarantor/身元保証人			
ชื่อ/Name /氏名		เพศ/Sex /性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女
วันเกิด (ปปปป/ตต/วว) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日 (ปี/years old/歳)	ความสัมพันธ์ /Relationship /患者との関係	
ที่อยู่/Address /住所			
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
บริษัทที่ทำงาน /Place of work /勤務先名		หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

ตราประทับหรือลายเซ็น/Seal or signature/押印又は署名 :

วันที่/Date/日付 : .

患者氏名 :
患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

การที่รับประกันร่วมคือการรับประกันทางกฎหมายระหว่างผู้ป่วยและผู้ค้ำประกัน โดยผู้ค้ำประกันจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่เป็นหนี้หากผู้ป่วยผิดนัด

/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。

ผู้ค้ำประกันร่วม/Joint Guarantor/連帯保証人			
ชื่อ/Name /氏名		เพศ/Sex /性別	<input type="checkbox"/> ชาย/Male/男 <input type="checkbox"/> หญิง/Female/女
วันเกิด (ป/ป/ป/ต/ค/ว/ว) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日 (ปี/years old/歳)	ความสัมพันธ์ /Relationship /患者との関係	
ที่อยู่/Address /住所			
หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)	หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		
บริษัทที่ทำงาน /Place of work /勤務先名	หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)		

ข้าพเจ้าในฐานะผู้ค้ำประกันร่วมตกลงที่จะร่วมกันรับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่าย หากผู้ป่วยไม่ชำระค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดหรือบางส่วน

รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งหมดภายในวันที่กำหนด

/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。

ตราประทับหรือลายเซ็น/Seal or signature/押印又は署名 :

วันที่/Date/日付 : .

* ข้อมูลส่วนบุคคลของคุณจะถูกประมวลผลตามกฎหมายของสถาบัน.

/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.

การแปลภาษาไทยนี้จัดทำขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย หรือบุคคลอื่น เมื่อมีความแตกต่างในการตีความเกิดขึ้นจากความแตกต่างเล็กน้อยในภาษาหรือระบบที่เกี่ยวข้อง ต้นฉบับภาษาญี่ปุ่นจะมีความสำคัญกว่า