

患者氏名 :
患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

अस्पताल भर्ना आवेदन फारम र घोषणा फारम /Hospital Admission Application Form and Declaration Form /入院申込書 (兼誓約書)

निर्देशक ज्यू /To the director of/病院長 _____

अस्पतालको नाम/Hospital name/病院名)

तपाईंको अस्पतालमा भर्ना हुँदा, म तल वर्णन गरिएका अस्पतालका नियमहरूको पालना गर्ने वचन गर्दछु। यदि मैले कुनै पनि नियमहरू उल्लङ्घन गरेमा, वा यदि मैले अन्य बिरामीहरूलाई विचलित गर्यो भनि निर्णय भएमा, अस्पतालको निर्देशन अनुसार मलाई तुरुन्त डिस्चार्ज गरिनेछ भन्ने कुरा बुझेको छु। आवेदक, ग्यारेन्टर र संयुक्त ग्यारेन्टरसँग संयुक्त रूपमा हस्ताक्षर गरेर म घोषणा गर्दछु कि म कुनै पनि हालतमा अस्पतालमा कुनै समस्या उत्पन्न गर्दिन।

/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. भर्ना शुल्क र अन्य सबै खर्चहरू आवेदक, संयुक्त ग्यारेन्टर, वा आफैले तोकिएको मितिमा पूरा भुक्तानी गर्नेछ।

/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. मेरो व्यवहारको लागि मेरो ग्यारेन्टर पूर्ण रूपमा जिम्मेवार हुनेछ।/

/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. यदि मलाई अस्पताल छोड्न निर्देशन दिइयो छ भने, मेरो ग्यारेन्टरले तोकिएको मितिमा मलाई छोड्न लगाउन जिम्मेवार हुनेछ।

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

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली

/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.म अस्पताललाई तोकिएको मितिमा अनुरोध गरिएका सबै कागजातहरू र प्रमाणपत्रहरू उपलब्ध गराउनेछु।

/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 :

नेपाली / Nepali / नेपाली

*यदि बिरामी आवेदकको रूपमा उही व्यक्ति हो भने, निम्न खण्डको लागि प्रविष्टिहरू आवश्यक पर्दैन।

/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。

आवेदक/Applicant/申込者			
नाम /Name /氏名		लिङ्ग/Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जन्म मिति (वर्ष/महिना/दिन) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/年 महिना /Month/月 दिन /Day/日 (वर्ष पुरानो /years old/歳)	नाता /Relationship /患者との関係	
ठेगाना /Address /住所			
फोन नम्बर (घर) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फोन नम्बर(मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम गर्ने ठाउँ /Place of work /勤務先名		फोन नम्बर (काम) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

छाप वा हस्ताक्षर /Seal or signature/押印又は署名 :

मिति /Date/日付 : _____

बिरामी/Patient/入院者			
नाम /Name /氏名		लिङ्ग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जन्म मिति (वर्ष/महिना/दिन) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/年 महिना /Month/月 दिन /Day/日 (वर्ष पुरानो /years old/歳)		
ठेगाना /Address /住所			
फोन नम्बर (घर) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फोन नम्बर(मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम गर्ने ठाउँ /Place of work /勤務先名		फोन नम्बर (काम) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

छाप वा हस्ताक्षर /Seal or signature/押印又は署名 :

मिति /Date/日付 : _____

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली

अस्पताल भर्ना हुँदा आपतकालीन सम्पर्क /Emergency contact during hospitalization
/入院中の緊急連絡先

नाम /Name /氏名		लिङ्ग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जापानी /Japanese /日本語	<input type="checkbox"/> म सक्छु /I can /できる <input type="checkbox"/> म सक्दिन /I can't /できない (भाषा/language/言語)	नाता /Relationship /患者との関係	
फोन नम्बर (घर) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फोन नम्बर(मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम गर्ने ठाउँ /Place of work /勤務先名		फोन नम्बर (काम) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

ग्यारेन्टर भनेको उल्लेखित बिरामीलाई वारेन्ट वा ग्यारेन्टी प्रदान गर्ने व्यक्ति हो।

/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。

ग्यारेन्टर/Guarantor/身元保証人			
नाम /Name /氏名		लिङ्ग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जन्म मिति (वर्ष/महिना/दिन) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/年 महिना /Month/月 दिन /Day/日 (वर्ष /years old/歳)	नाता /Relationship /患者との関係	
ठेगाना /Address /住所			
फोन नम्बर (घर) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फोन नम्बर(मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम गर्ने ठाउँ /Place of work /勤務先名		फोन नम्बर (काम) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

छाप वा हस्ताक्षर /Seal or signature/押印又は署名 :

मिति /Date/日付 : _____

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

संयुक्त जमानत भनेको बिरामी र ग्यारेन्टरले गरेको कानुनी ग्यारेन्टी हो जसमा बिरामीले आफ्नो जिम्मेवारी पूरा नगरेमा ग्यारेन्टरलाई चिकित्सा खर्चको सम्पूर्ण ऋण तिर्न जिम्मेवार ठहराउन सकिन्छ।

/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。

संयुक्त ग्यारेन्टर /Joint Guarantor/連帯保証人			
नाम /Name /氏名		लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जन्म मिति (वर्ष/महिना/दिन) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/年 महिना /Month/月 दिन /Day/日	नाता /Relationship /患者との関係	
ठेगाना /Address /住所			
फोन नम्बर (घर) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फोन नम्बर(मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम गर्ने ठाउँ /Place of work /勤務先名		फोन नम्बर (काम) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

म, संयुक्त ग्यारेन्टर, भर्ना शुल्क र अन्य सबै शुल्कहरू सहित चिकित्सा खर्चको सबै वा अंश, तोकिएको मितिमा भुक्तान नगरेमा खर्चको भुक्तानीको लागि संयुक्त रूपमा जिम्मेवार हुन सहमत छु।

/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。

छाप वा हस्ताक्षर/Seal or signature/押印又は署名 :

मिति /Date/日付 : _____

*तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी संस्था को नियमहरू अनुसार ह्यान्डल गरिनेछ।

/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.

यो अनुवाद डाक्टरकानुनविद् वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।