

अस्पताल प्रवेश आवेदन पत्र और घोषणा पत्र /Hospital Admission Application Form and Declaration Form /入院申込書 (兼誓約書)

अस्पताल के निदेशक को /To the director of/病院長 _____
(अस्पताल का नाम /Hospital name/病院名)

अस्पताल में भर्ती होने से पहले, मैं इसके नियमों और विनियमों का पूरी तरह से पालन करने के लिए सहमत हूँ। मैं, मरीज़, समझता हूँ कि मुझे अस्पताल के निर्देशों के अनुसार तुरंत छुट्टी दे दी जाएगी यदि मैं नीचे वर्णित नियमों और विनियमों सहित किसी भी नियम और विनियम का उल्लंघन करता हूँ, या यदि यह निर्णय लिया गया है कि मैं दूसरे मरीज़ों को परेशान कर रहा हूँ। मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी परिस्थिति में अस्पताल में कोई परेशानी पैदा नहीं करूँगा आवेदक, गारंटर और संयुक्त गारंटर के साथ संयुक्त रूप से हस्ताक्षर करके।

/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

- प्रवेश शुल्क और अन्य सभी खर्चों का पूरा भुगतान आवेदक, संयुक्त गारंटर या मेरे द्वारा निर्दिष्ट नियत तारीख तक किया जाएगा। /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。
- मेरे व्यवहार के लिए मेरा गारंटर पूरी तरह जिम्मेदार है।
/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。
- यदि मुझे अस्पताल छोड़ने का निर्देश दिया जाता है, तो मेरा गारंटर यह सुनिश्चित करने के लिए जिम्मेदार होगा कि मैं निर्दिष्ट तिथि पर निकल जाऊँ।
/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。
- मैं निर्दिष्ट तिथि तक अस्पताल को सभी अनुरोधित दस्तावेज़ और प्रमाणपत्र उपलब्ध करा दूँगा।
/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 :

हिंदी/ Hindi / हिन्दी-ए

* अस्पताल में भर्ती मरीज और आवेदक एक ही हैं तो आवेदक कॉलम भरने की जरूरत नहीं है।

/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		लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जन्म की तारीख (YYYY/MM/DD) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/年 महीना /Month/月 दिन /Day/日 (वर्षों पुराना /years old/歳)	संबंध /Relationship /患者との関係	
पता /Address /住所			
फ़ोन नंबर (होम) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फ़ोन नंबर (मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम की जगह /Place of work /勤務先名		फ़ोन नंबर (कार्यस्थल) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

मुहर या हस्ताक्षर /Seal or signature/ 押印又は署名 :

तारीख /Date/ 日付 : _____

मरीज /Patient/ 入院者			
नाम /Name /氏名		लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जन्म की तारीख (YYYY/MM/DD) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/年 महीना /Month/月 दिन /Day/日 (वर्षों पुराना /years old/歳)		
पता /Address /住所			
फ़ोन नंबर (होम) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फ़ोन नंबर (मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम की जगह /Place of work /勤務先名		फ़ोन नंबर (कार्यस्थल) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

मुहर या हस्ताक्षर /Seal or signature/ 押印又は署名 :

तारीख /Date/ 日付 : _____

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/ Hindi / हिन्दी-एंग्लिश

अस्पताल में भर्ती होने के दौरान आपातकालीन संपर्क /Emergency contact during hospitalization /入院中の緊急連絡先			
नाम /Name /氏名		लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जापानी /Japanese /日本語	<input type="checkbox"/> कर सकना /I can /できる <input type="checkbox"/> नही सकता/I can't /できない (भाषा /language/言語)	संबंध /Relationship /患者との関係	
फ़ोन नंबर (होम) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फ़ोन नंबर (मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम की जगह /Place of work /勤務先名		फ़ोन नंबर (कार्यस्थल) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

गारंटर वह व्यक्ति होता है जो इस मरीज को वारंट या गारंटी प्रदान करता है।

/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。

गारंटर /Guarantor/身元保証人			
नाम /Name /氏名		लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男 <input type="checkbox"/> महिला /Female/女
जन्म की तारीख (YYYY/MM/DD) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/年 महीना /Month/月 दिन /Day/日 (वर्षों पुराना /years old/歳)	संबंध /Relationship /患者との関係	
पता /Address /住所			
फ़ोन नंबर (होम) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		फ़ोन नंबर (मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
काम की जगह /Place of work /勤務先名		फ़ोन नंबर (कार्यस्थल) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

मुहर या हस्ताक्षर /Seal or signature/押印又は署名 :

तारीख /Date/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

हिंदी/ Hindi / हिन्दी

संयुक्त गारंटी एक मरीज और गारंटर द्वारा ली गई एक कानूनी गारंटी है जिसमें गारंटर को पूरे चिकित्सा व्यय ऋण को चुकाने के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है यदि मरीज अपनी जिम्मेदारी नहीं निभाता है।

/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 गारंटर /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 की तारीख (YYYY/MM/DD) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	वर्ष /Year/ 年 महीना /Month/ 月 दिन /Day/ 日 (वर्षों पुराना /years old/ 歳)	संबंध /Relationship /患者との関係	
पता /Address /住所			
फ़ोन नंबर (होम) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)	फ़ोन नंबर (मोबाइल) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)		
काम की जगह /Place of work /勤務先名	फ़ोन नंबर (कार्यस्थल) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)		

मैं, संयुक्त गारंटर, खर्चों के भुगतान के लिए संयुक्त रूप से जिम्मेदार होने के लिए सहमत हूँ यदि प्रवेश शुल्क और अन्य सभी शुल्कों सहित सभी या कुछ चिकित्सा खर्चों का भुगतान निर्दिष्ट नियत तारीख तक नहीं किया जाता है।

/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。

मुहर या हस्ताक्षर /Seal or signature/ 押印又は署名 :

तारीख /Date/ 日付 : _____

* आपकी व्यक्तिगत जानकारी का प्रबंधन संस्थान के नियमों के अनुसार किया जाएगा।

/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.

यह अंग्रेजी अनुवाद डॉक्टरों, कानूनी विशेषज्ञों या अन्य लोगों की देखरेख में तैयार किया गया है। जब संबंधित भाषाओं या प्रणालियों में सूक्ष्म अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी मूल को प्राथमिकता दी जाएगी।