

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Formulir Permohonan Masuk Rumah Sakit dan Formulir Pernyataan /Hospital Admission Application Form and Declaration Form /入院申込書（兼誓約書）

Kepada Direktur/To the director of/病院長 _____
(Nama Rumah Sakit/Hospital name/病院名)

Sebelum dirawat di rumah sakit, saya setuju untuk sepenuhnya mematuhi peraturan dan ketentuan rumah sakit. Saya, pasien, memahami bahwa saya akan segera dipulangkan sesuai dengan instruksi rumah sakit jika saya melanggar salah satu peraturan dan tata tertib, termasuk yang dijelaskan di bawah ini, atau jika diputuskan bahwa saya mengganggu pasien lain. Saya menyatakan bahwa saya tidak akan menimbulkan masalah di rumah sakit dalam keadaan apa pun dengan menandatangani bersama dengan pemohon, penjamin, dan penjamin bersama.

/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

- Biaya pendaftaran dan semua biaya lainnya akan dibayar penuh oleh pemohon, penjamin bersama, atau saya sendiri pada tanggal jatuh tempo yang ditentukan.
/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。
- Penjamin saya sepenuhnya bertanggung jawab atas perilaku saya.
/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。
- Jika saya diinstruksikan untuk meninggalkan rumah sakit, penjamin saya akan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa saya meninggalkan rumah sakit pada tanggal yang ditentukan.
/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。
- Saya akan memberikan semua dokumen dan sertifikat yang diminta kepada rumah sakit pada tanggal yang ditentukan.
/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 :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

*Jika pasien adalah orang yang sama dengan pemohon, entri tidak diperlukan untuk bagian berikut.
/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。

Pemohon/Applicant/申込者			
Nama/Name /氏名		Jenis Kelamin /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male/男 <input type="checkbox"/> Perempuan/Female/女
Tanggal Lahir (Tahun/Bulan/Tanggal) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日 (Tahun/years old/歳)	Relasi /Relationship /患者との関係	
Alamat/Address /住所			
Nomor Telepon (Rumah) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Nomor Telepon (Handphone) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Tempat Kerja /Place of work /勤務先名		Nomor Telepon (Kantor) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Tanda Tangan/Seal or signature/押印又は署名 :

Tanggal/Date/日付 : _____

Pasien/Patient/入院者			
Nama/Name /氏名		Jenis Kelamin /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male/男 <input type="checkbox"/> Wanita/Female/女
Tanggal Lahir (Tahun/Bulan/Tanggal) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日 (Tahun/years old/歳)		
Alamat/Address /住所			
Nomor Telepon (Rumah) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Nomor Telepon (Handphone) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Tempat Kerja /Place of work /勤務先名		Nomor Telepon (Kantor) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Tanda Tangan/Seal or signature/押印又は署名 :

Tanggal/Date/日付 : _____

患者氏名 :

患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Kontak darurat selama rawat inap di rumah sakit/Emergency contact during hospitalization /入院中の緊急連絡先			
Nama/Name /氏名		Jenis Kelamin /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male/男 <input type="checkbox"/> Wanita/Female/女
Bahasa Jepang /Japanese /日本語	<input type="checkbox"/> Bisa/I can /できる <input type="checkbox"/> Tidak Bisa/I can't /できない (Bahasa/language/言語)	Relasi /Relationship /患者との関係	
Nomor Telepon (Rumah) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Nomor Telepon (Handphone) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Tempat Kerja /Place of work /勤務先名		Nomor Telepon (Kantor) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Penjamin adalah orang yang memberikan surat perintah atau jaminan kepada pasien ini.

/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。

Penjamin/Guarantor/身元保証人			
Nama/Name /氏名		Jenis Kelamin /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male/男 <input type="checkbox"/> Wanita/Female/女
Tanggal Lahir (Tahun/Bulan/Tanggal) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日 (Tahun/years old/歳)	Relasi /Relationship /患者との関係	
Alamat/Address /住所			
Nomor Telepon (Rumah) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Nomor Telepon (Handphone) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Tempat Kerja /Place of work /勤務先名		Nomor Telepon (Kantor) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Tanda Tangan/Seal or signature/押印又は署名 :

Tanggal/Date/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Penjamin Bersama adalah jaminan hukum yang dilakukan oleh pasien dan penjamin dimana penjamin dapat bertanggung jawab untuk melunasi seluruh hutang biaya pengobatan jika pasien tidak memenuhi tanggung jawabnya.

/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。

Penjamin Bersama/Joint Guarantor/連帯保証人			
Nama/Name /氏名		Jenis Kelamin /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male/男 <input type="checkbox"/> Wanita/Female/女
Tanggal Lahir (Tahun/Bulan/Tanggal) /Date of birth (YYYY/MM/DD) /生年月日	Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日 (Tahun/years old/歳)	Relasi /Relationship /患者との関係	
Alamat/Address /住所			
Nomor Telepon (Rumah) /Phone No. (Home) /電話 (自宅)		Nomor Telepon (Handphone) /Phone No. (Mobile) /電話 (携帯)	
Tempat Kerja /Place of work /勤務先名		Nomor Telepon (Kantor) /Phone No. (Work) /電話 (勤務先)	

Saya, penjamin bersama, setuju untuk bertanggung jawab secara tanggung renteng atas pembayaran biaya-biaya jika seluruh atau sebagian dari biaya pengobatan, termasuk biaya masuk dan semua biaya lainnya, tidak dibayarkan pada tanggal jatuh tempo yang telah ditentukan.

/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。

Tanda Tangan/Seal or signature/押印又は署名 :

Tanggal/Date/日付 : _____

*Informasi pribadi Anda akan ditangani sesuai dengan peraturan institusi.

/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.

Terjemahan bahasa Indonesia ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika terdapat perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan bahasa atau sistem yang terkait, maka bahasa asli Jepang yang akan diprioritaskan.