

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

입원신청서(겸 서약서) /入院申込書(兼誓約書)

병원명/病院名 : _____ 병원장님/病院長

귀병원에 입원하는 데에 있어 이하의 항목을 포함한 원내 규칙들을 준수할 것을 약속합니다. 만일, 각종 규칙을 위반하거나 다른 환자분들에게 폐를 끼친다고 판단되었을 때에는 귀병원의 지시에 따라 즉시 퇴원할 것을 받아들이겠으며 어떠한 경우에도 귀병원에 폐를 끼치지 않을 것을 신청자, 신원보증인, 연대보증인이 연서하고 서약합니다.

/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。

기/記

- 1 입원료와 그 외의 비용은 입원자, 신청자 또는 연대보증인이 지정된 기일까지 전액을 지불하겠습니다.
/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 본인의 신원은 신원보증인이 일체 책임지고 보증합니다.
/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 퇴원을 지시받을 경우에는 지정된 기일에 신원보증인의 책임하에 퇴원하겠습니다.
/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 귀병원에게 지시받은 서류 및 증명서 등은 지정된 기일까지 제출하겠습니다.
/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。

이상/以上

患者氏名 :
 患者ID :

한국어/韓国語

※입원자와 신청인이 동일한 경우에는, 신청자란은 기재하실 필요 없습니다.
 /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。

신청자/申込者			
성함 /氏名		성별 /性別	<input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女
생년월일 /生年月日	년/年 월/月 일/日 (만 세/歳)	환자와의 관계 /患者との関係	
주소 /住所			
전화번호(주택) /電話 (自宅)		전화번호(휴대전화) /電話 (携帯)	
직장명 /勤務先名		전화번호 (직장) /電話 (勤務先)	

날인 또는 서명/押印又は署名 :

작성일/日付 : _____

입원자/入院者			
성함 /氏名		성별 /性別	<input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女
생년월일 /生年月日	년/年 월/月 일/日 (만 세/歳)		
주소 /住所			
전화번호(주택) /電話 (自宅)		전화번호(휴대전화) /電話 (携帯)	
직장명 /勤務先名		전화번호(직장) /電話 (勤務先)	

날인 또는 서명/押印又は署名 :

작성일/日付 : _____

患者氏名 :
 患者ID :

한국어/韓国語

입원중 긴급 연락처/入院中の緊急連絡先			
성함 /氏名		성별 /性別	<input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女
일본어 가능여부 /日本語	<input type="checkbox"/> 가능/できる <input type="checkbox"/> 불가능/できない (언어/言語)	환자와의 관계 /患者との関係	
전화번호(자택) /電話 (自宅)		전화번호(휴대전화) /電話 (携帯)	
직장명 /勤務先名		전화번호(직장) /電話 (勤務先)	

신원보증인은 입원자 본인의 신원을 보증하는 사람입니다.
 /身元保証人とは、入院者本人の身元を保証する人です。

신원보증인/身元保証人			
성함 /氏名		성별 /性別	<input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女
생년월일 /生年月日	년/年 월/月 일/日 (만 세/歳)	환자와의 관계 /患者との関係	
주소 /住所			
전화번호(자택) /電話 (自宅)		전화번호(휴대전화) /電話 (携帯)	
직장명 /勤務先名		전화번호(직장) /電話 (勤務先)	

날인 또는 서명/押印又は署名 :

작성일/日付 : _____

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

연대보증인은 입원자 본인이 채무를 이행할 수 없을 경우 책임을 져야 합니다. 입원자가 비용을 지불할 수 없는 경우 등, 책임을 질 수 없는 경우에 대리료 비용을 지불할 의무를 집니다.

/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。

연대보증인/連帯保証人			
성함 /氏名		성별 /性別	<input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女
생년월일 /生年月日	년/年 월/月 일/日 (만 세/歳)	환자와의 관계 /患者との関係	
주소 /住所			
전화번호(주택) /電話 (自宅)		전화번호(휴대전화) /電話 (携帯)	
직장명 /勤務先名		전화번호(직장) /電話 (勤務先)	

저(연대보증인)는 입원료와 그 외 비용들의 전부 또는 일부가 지정 기일까지 미납될 경우 연대하여 그 책임을 질 것을 맹세합니다.

/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。

날인 또는 서명/押印又は署名 :

작성일/日付 : _____

※환자분의 개인정보는 원내 규정에 의거하여 관리합니다.

/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。