

同意書

医療法人溪仁会
定山溪病院 院長 殿

この度、医療法人溪仁会定山溪病院への入院に際し、下記のチェックマークを付した日常生活品費の負担に同意致します。

記

<使用料および洗濯料>

注) 衣類やタオル類、ティッシュペーパー類について
使用量の制限はありません。
土日祝の内容変更は原則、月曜から適用となります。

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> テレビ（お一人に1台） | 50円+税 |
| <input type="checkbox"/> 冷蔵庫（病室に1台で共用） | 50円+税 |
| <input type="checkbox"/> 入浴セット（石鹸、シャンプー、リンス） | 25円+税 |
| <input type="checkbox"/> タオル類（フェイスタオル、おしぼり、バスタオル） | 500円+税 |
| <input type="checkbox"/> ティッシュペーパー | 15円+税 |
| <input type="checkbox"/> ペーパータオル | 10円+税 |
| <input type="checkbox"/> 下着類（シャツ、パンツ、靴下） | 500円+税 |
| <input type="checkbox"/> 病衣類（パジャマ、甚平、ガウン、日常衣） | 550円+税 |

患者さまの状態に合わせて、適宜、着替えをいたします

- 上記のすべてを選択 1,700円+税

（生活保護受給者600円+税）

<合計金額>

合計 _____ 円+税

同意書適用日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意書提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 印

身元引受人氏名 _____ 印