

# 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>

- |   |      |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> テレビ（お一人に1台）              | 55円  |
| <input type="checkbox"/> 冷蔵庫（病室に1台で共用）            | 55円  |
| <input type="checkbox"/> ペーパータオル                  | 11円  |
| <input type="checkbox"/> 入浴セット（石鹸、シャンプー、リンス）      | 28円  |
| <input type="checkbox"/> ティッシュペーパー                | 17円  |
| <input type="checkbox"/> タオル類（フェイスタオル、おしぼり、バスタオル） | 550円 |
| <input type="checkbox"/> 下着類（シャツ、パンツ、靴下）          | 550円 |
| <input type="checkbox"/> 病衣類（パジャマ、甚平、ガウン、日常衣）     | 605円 |

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 1,870円 / 日

（生活保護受給者550円）（重点病棟入院中1,100円）

注1) 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。

注2) 私物の衣類・タオルをお持込みされる場合、当院代表電話へ事前連絡いただき  
（平日9:45 - 16:30）衛生管理上ビニール袋等ご用意のうえ週2回のお持帰りにご協力願います。

### <合計金額>

合計 \_\_\_\_\_ 円

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

帳票類承認 2022.10.31