

特別療養環境室（差額室料）入室同意書

下記の特別療養環境室（差額室料）の入室にあたり、十分な説明を受け、料金の支払いなどについて同意しました。

|      |       |                 |  |    |
|------|-------|-----------------|--|----|
| 同意日  | 年 月 日 |                 |  |    |
| 患者氏名 |       | ご家族氏名<br>*代筆時のみ |  | 続柄 |
|      |       |                 |  |    |

|                                                                |                              |                              |                             |                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入室日                                                            | 年 月 日 より                     |                              |                             |                                                                                                                       |
| 入室した病室                                                         | 病棟                           |                              | 号室                          | <input type="checkbox"/> 準個室 <input type="checkbox"/> 個室<br><input type="checkbox"/> 特別室 <input type="checkbox"/> 多床室 |
| 希望する病室                                                         | <input type="checkbox"/> 多床室 | <input type="checkbox"/> 準個室 | <input type="checkbox"/> 個室 | <input type="checkbox"/> 特別室                                                                                          |
| 差額室料                                                           | 1日につき 円 (税込)                 |                              | 説明者                         |                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 月 日より、最長14日間は 1日につき 1,100 円（税込）となります。 |                              |                              |                             |                                                                                                                       |

- ～注意～
- 1 差額室料の「1日につき」とは午前0時～午後12時までを指します。例えば、午後1時に入院し翌日午前10時に退院した場合は2日とカウントされます。
  - 2 多床室より特別療養環境室（差額室料）に転室された場合、また、特別療養環境室（差額室料）より多床室に転室された場合、その日の室料は特別療養環境室料金とさせていただきます。

【特別療養環境室一覧】

《病室》

|     |                                  |                                  |                                  |                                  |                                  |
|-----|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 準個室 | 501 (4床)<br>401 (4床)<br>301 (4床) | —<br>402 (4床)<br>302 (4床)        | 504 (4床)<br>404 (4床)<br>304 (4床) | 505 (4床)<br>405 (4床)<br>305 (4床) | 506 (3床)<br>406 (4床)<br>306 (4床) |
| 個 室 | —<br>407 (1床)<br>307 (1床)        | 509 (1床)<br>408 (1床)<br>308 (1床) | 510 (1床)<br>410 (1床)<br>310 (1床) | —<br>411 (1床)<br>311 (1床)        |                                  |
| 特別室 | 507 (1床)<br>—<br>—               |                                  |                                  |                                  |                                  |

《料金》（税込）

|                       |     | 差額室料<br>(1日につき) | 希望する病室        |        |        |
|-----------------------|-----|-----------------|---------------|--------|--------|
|                       |     |                 | 多床室希望         | 準個室希望  | 個室希望   |
| 入<br>病<br>室<br>し<br>た | 準個室 | 1,100円          | 1,100円 (14日間) |        | 1,100円 |
|                       | 個 室 | 5,060円          | 1,100円 (14日間) | 1,100円 |        |

※「多床室希望」は、15日目以降も希望する区分の病室に転室できない場合は料金は発生しません。