

同意書（医療保険用）

私は、貴院に入院中の患者_____に対し、下記一覧表の療養に必要なかつ利用できる品目を利用します。

なお、利用品目及び利用の可否は、病状の変化等により変更が必要となると思われますので、随時、病院のご判断に一任し、その診療外負担金をお支払いすることに同意します。

《診療外負担金一覧表》

	項 目	内 訳	単 位	単 価	利用希望品目
①	理 髪 代	顔剃りのみの方は500円	1回	2,200円	
	プ リ ン	プリン代	1回	88円	
	ジ ュ ー ス	ジュース代	1回	56円	
	入 れ 歯 洗 浄 剤	ポリデント	1個	17円	
②	テレビレンタル料	病院のテレビを借入れ利用される方	1日	157円	
③	オ ム ツ 代	吸収シート	1枚	44円	
		布オムツ	1枚	11円	
		のびーるフィットテープ	1枚	91円	
		リハビリパンツ	1枚	67円	
		簡単装着パッド	1枚	21円	
		コンフォートナイトエクストラ	1枚	115円	
		コンフォートナイトウルトラ	1枚	93円	
		外モレ安心さらさらパッド	1枚	26円	
		テープタイプ	1枚	76円	
		パッド(ウルトラ)	1枚	32円	
		パッド(夜間快眠パッド)	1枚	71円	
④	口 腔 ケ ア 用 品	アルファージェ	1回	10円	
		デンタスワブ	1本	32円	
⑤	テ ィ ッ シ ュ		1箱	110円	
⑥	病 衣 料	病衣を使用される方	1日	56円	
⑦	洗 濯 依 頼 料	食事エプロンなどの院内洗濯	1日	33円	
		下着等の洗濯を業者に委託	1日	166円	
⑧	介 護 用 品	浴衣	1枚	2,571円	
		ベータテル保湿ローション	1本	1,035円	
		イヤホン	1個	483円	
⑨	寝 具 損 料	羽毛布団	1 枚	1,320円	
		枕	1 個	330円	

深川病院 御中

西暦 年 月 日

患者氏名 印

保証人氏名 印